



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Raquel de Oliveira Freitas
Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Raquel de Oliveira Freitas
Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dra. Maria da Graça Veiga

Abril, 2011

FMUP

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Eu, Ana Raquel de Oliveira Freitas, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801135, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 05/04/2011

Assinatura: Ana Raquel de Oliveira Freitas

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Ana Raquel de Oliveira Freitas

Endereço electrónico: med05135@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 919047815

Número do Bilhete de Identidade: 13217886

Título do Relatório de Estágio Profissionalizante:

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Orientador:

Dra. Maria da Graça Veiga

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio Profissionalizante para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 05/04/2011

Assinatura: Ana Raquel de Oliveira Freitas

Agradecimentos

Agradecimento pela colaboração e disponibilidade demonstradas:

Dra. Graça Veiga, orientadora na realização do Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária.

Equipa de enfermagem, equipa de auxiliares de apoio e vigilância e administrativos do Centro de Saúde São João.

Dra. Madalena Cubal, equipa de enfermagem, equipa de auxiliares de apoio e vigilância e administrativos da Unidade de Saúde Familiar Calâmbrega.

Prof. Doutor Alberto Hespanhol, regente da disciplina de Medicina Comunitária, do 6º ano, do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Título

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Resumo

Este trabalho consiste na sucinta descrição das tarefas desenvolvidas durante a residência em Medicina Comunitária, bem como na análise das aptidões e conhecimentos adquiridos durante o estágio profissionalizante no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

As motivações para a sua elaboração baseiam-se nos propósitos de aprofundar conhecimentos sobre a actuação do Médico de Família na prestação de cuidados, bem como de contribuir para a formação pessoal e profissional com os resultados pedagógicos alcançados.

Alguns objectivos propostos são caracterizar as Unidades de Saúde frequentadas, descrever as actividades desenvolvidas e reconhecer a relevância do estágio profissionalizante em Medicina Comunitária no contexto da formação pessoal, ensino pré-graduado em Medicina e prática clínica futura.

As actividades desenvolvidas incluíram a realização orientada de consultas, aprendizagem de procedimentos de enfermagem, acompanhamento de visitas domiciliárias e elaboração de trabalhos em cada valência. Foi possível assistir a duas Jornadas Médicas e visitar o Centro Integrado de Apoio a Deficientes.

Realizou-se um estudo complementar, com o tema “Comportamento sexual e reprodutivo em populações de áreas urbana e rural”. Concluiu-se que habitantes de área rural comparados com aqueles de área urbana tendem a ser mais conservadores em relação aos comportamentos sexuais. Verificou-se ainda menor adesão a práticas contraceptivas em meio rural.

Conhecimentos e competências próprias da especialidade médica centrada nos Cuidados de Saúde Primários foram adquiridos e tornar-se-ão fundamentais ao adequado desempenho clínico, qualquer que seja a área do saber.

O estágio profissionalizante em Medicina Comunitária foi concluído com alcance dos objectivos propostos, em resultado do empenho aplicado nesse propósito.

Title

Professional Training Report in Community Medicine

Abstract

This report consists of a short description of the tasks developed during the residence in Community Medicine, as well as the analysis of skills and knowledge acquired during the vocational training in the context of Primary Health Care.

The motivations for its preparation are based on the purposes of deepening knowledge about the performance of the Family Doctor in providing care and contributing to personal and professional training with the pedagogical results achieved.

Some objectives proposed are characterising the attended Health Units, so as to describe the developed activities and recognising the relevance of vocational training in Community Medicine in the context of personal training, pre-graduate education in Medicine and future clinical practice.

The developed activities included the performance-oriented consults, learning of nursing procedures, accomplishment of domiciliary visits and preparation of papers in each valence. It was possible to attend two Medical Journeys and to visit the Integrated Centre for Disability Support.

We conducted an additional study, under the theme "Sexual and reproductive behaviour in populations of urban and rural areas." It was concluded that inhabitants of rural areas compared with those from urban areas tend to be more conservative as far as sexual behaviour is concerned. There was also a lower use of contraceptive practices in rural areas.

Knowledge and competences of medical specialty focused on Primary Health Care were acquired and will become fundamental to proper clinical performance, whatever the area of knowledge.

The vocational training in Community Medicine has successfully reached the proposed objectives, as a result of the efforts applied in this regard.

Índice

	Página
Lista de siglas	2
Lista de figuras e tabelas	3
1. Introdução e enquadramento	4
1.1. Motivação do Projecto	4
1.2. Definição dos Objectivos	5
1.3. Conceitos relevantes	6
2. Residência em Medicina Comunitária	7
2.1. Local e duração do estágio	7
2.2. Caracterização das Unidades de Saúde	7
2.3. Estudo demográfico das Unidades de Saúde	11
2.4. Descrição das actividades	14
2.5. Estudo complementar	18
3. Conclusão	21
4. Bibliografia	23
Apêndices	

Lista de siglas

Siglas	
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
CIAD	Centro Integrado de Apoio a Deficientes
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSS	Cuidados de Saúde Secundários
CSSJ	Centro de Saúde São João
EPE	Entidade Pública Empresarial
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
MC	Medicina Comunitária
MF	Médico de Família
MGF	Medicina Geral e Familiar
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SINUS	Sistema Informático de Unidades de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
US	Unidade(s) de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

Lista de figuras e tabelas

Figuras/Tabelas		Página
Figura 1	Caracterização dos edifícios das Unidades de Saúde.	11
Figura 2	Pirâmides etárias. A. População abrangida pelo Centro de Saúde São João. B. População abrangida pela Unidade de Saúde Familiar Calâmbriga.	12
Figura 3	Índice de envelhecimento.	13
Figura 4	Relação de masculinidade.	13
Tabela 1	Comparação das Unidades de Saúde nas quais decorreu a prática clínica, relativamente ao número de utentes, recursos humanos e informáticos, instituições de referência e componente de formação.	9
Tabela 2	Ratio médico/utentes.	10
Tabela 3	Conteúdos abordados nos seminários.	14
Tabela 4	Trabalhos elaborados durante a residência em Medicina Comunitária e respectiva valência.	17

1. Introdução e enquadramento

Este trabalho é elaborado no âmbito do Projecto de Opção, inserido no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2010/2011.

Consiste numa breve descrição das tarefas desenvolvidas no decorrer da residência em Medicina Comunitária (MC), bem como na análise e reflexão crítica das aptidões e conhecimentos adquiridos durante o estágio profissionalizante no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Como tarefa adicional, apresenta-se um estudo complementar, cujo objectivo foi a comparação dos utentes das duas Unidades de Saúde (US) frequentadas, quanto a alguns indicadores relativos à sexualidade e contracepção.

1.1. Motivação do Projecto

A decisão de desenvolver este trabalho na disciplina de MC resulta de vários aspectos que se descrevem de seguida.

A Medicina Geral e Familiar (MGF) apresenta-se para a aluna como um ideal de aspiração, tendo para isso contribuído em grande medida a oportunidade de estabelecer contacto com esta área durante a disciplina de Medicina Preventiva, no 2º ano.

Trata-se da especialidade médica que tem a seu cargo a prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos, estabelecendo normalmente o primeiro contacto médico com o sistema de saúde [1]. Desta forma, a multiplicidade de problemas de saúde que se apresentam ao Médico de Família (MF) e a necessidade de os gerir ao longo do tempo, tendo em conta as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial [1], tornam-se fonte insubstituível de aquisição de conhecimentos.

O método clínico centrado no paciente, os conhecimentos e confiança gerados pela relação privilegiada que se estabelece ao longo do tempo e o alargar dos limites da relação

médico-doente para o sistema familiar, respeitando no entanto a privacidade e autonomia do indivíduo, são características admiráveis nesta especialidade.

Como tal, pretende-se que o empenho neste projecto permita que os resultados pedagógicos adquiridos a partir do estágio profissionalizante, e a análise crítica destes contribuam para a valorização e enriquecimento da formação no contexto dos CSP.

1.2. Definição dos Objectivos

❖ Objectivo geral

- Reconhecer a importância do estágio profissionalizante em MC no contexto da formação pessoal, do ensino pré-graduado em Medicina e da prática clínica futura.

❖ Objectivos específicos

- Caracterizar as duas US onde decorre a prática clínica durante a residência em MC.
- Descrever as actividades desenvolvidas no estágio, os moldes em que este é vivenciado e a experiência adquirida.
- Demonstrar a importância das competências e conhecimentos adquiridos para a formação pessoal e profissional, nomeadamente, desenvolvimento de capacidade de trabalho em equipa, estabelecimento de atitudes apropriadas nas relações interpessoais e aquisição de aptidões de comunicação.
- Reconhecer o papel dos CSP no sistema de saúde como entidade em actuação própria, bem como em articulação com os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) e outras instituições.
- Comparar alguns indicadores relativos ao comportamento sexual e reprodutivo em populações de áreas urbana e rural.

1.3. Conceitos relevantes

❖ Cuidados de Saúde Primários (CSP)

Os CSP representam um papel central e unificador no sistema de saúde. Segundo a Declaração de Alma-Ata “os CSP são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e técnicas práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade” [2].

Sendo o direito à saúde, um direito fundamental de todos os seres humanos, a preocupação dos CSP deverá privilegiar a promoção e educação para a saúde e a prevenção da doença [3], não esquecendo a prestação de cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos. Como tal, como primeiro e essencial recurso, cobrem um vasto leque de actividades determinadas pelas necessidades e pela procura dos pacientes, devendo utilizar de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados, através do trabalho com outros profissionais no contexto dos CSP, bem como através da gestão da interface com os CSS [1].

Acredita-se que é nos CSP que há uma participação activa da comunidade e onde se deve procurar alcançar os princípios de respeito, justiça e igualdade. Por fim, partilha-se da opinião de que, sendo os CSP a pedra angular do edifício do sistema de saúde, é dinamizando os cuidados básicos que se pode aumentar a sua eficácia [4].

2. Residência em Medicina Comunitária

2.1. Local e duração do estágio

A residência em MC decorreu no período de 25/10/10 a 19/11/10. Esta organizou-se em duas valências, rural e urbana, cada uma com a duração de duas semanas. A primeira valência frequentada foi a valência urbana, no Centro de Saúde São João (CSSJ). Seguiu-se a frequência da valência rural, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Calâmbrega.

2.2. Caracterização das Unidades de Saúde

❖ Centro de Saúde São João (CSSJ)

O CSSJ está localizado na freguesia de Cedofeita, concelho do Porto. A cidade do Porto possui uma densidade populacional de 5100 habitantes/km², muito superior à média de Portugal Continental (114 habitantes/Km²) [5].

O CSSJ, com origem num Protocolo de Acordo de Cooperação estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) e a FMUP [6], assegura a prestação de CSP a cerca de 20000 utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituindo ainda um espaço de formação pré e pós-graduada destinado aos estudantes de Medicina e aos profissionais dos CSP [7]. Inclui-se no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Grande Porto VI – Porto Ocidental.

O atendimento decorre das 8 às 20 horas nos dias úteis e assegura os seguintes tipos de consultas: saúde de adultos, vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos), vigilância a grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil/juvenil, planeamento familiar e vigilância oncológica), consulta do idoso, consulta aberta (consulta não programada) [6], consulta de podologia, consulta de psicologia clínica (no âmbito do Programa de Apoio Psicológico

Personalizado, em vigor desde 2001) [8] e consulta de cessação tabágica. Para além do referido, são também realizadas consultas ao domicílio [6].

❖ **Unidade de Saúde Familiar (USF) Calâmbrega**

A USF Calâmbrega está localizada na freguesia de Vila Chã, concelho de Vale de Cambra. O concelho tem uma densidade populacional de aproximadamente 166 habitantes/Km², francamente menor que o valor correspondente para o concelho do Porto, mas ainda assim superior à densidade populacional do Continente [5]. Esta US inclui-se no ACES Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte.

A USF Calâmbrega assegura a prestação de CSP a cerca de 12000 utentes. O horário de funcionamento decorre das 8 às 20 horas nos dias úteis, e são disponibilizadas as seguintes consultas: consulta de adultos, vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos), vigilância a grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica), consulta aberta (consulta não programada) e consulta de psicologia clínica. São ainda realizadas consultas ao domicílio.

Na Tabela 1, é possível consultar a comparação das US apresentadas, nas quais decorreu a residência de MC, relativamente ao número exacto de utentes, recursos humanos, recursos informáticos, instituições de referenciação e componente de formação.

Tabela 1: Comparação das Unidades de Saúde nas quais decorreu a prática clínica, relativamente ao número de utentes, recursos humanos e informáticos, instituições de referência e componente de formação.

	CSSJ	USF Calâmbrega
Nº de Utentes	20073	12159
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - 10 Médicos especialistas em MGF - 16 Enfermeiros - 2 Psicólogos - 6 Administrativos - 2 Auxiliares de apoio e vigilância - 1 Podologista 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 Médicos especialistas em MGF - 7 Enfermeiros - 1 Psicólogo - 4 Administrativos - 3 Auxiliares de apoio e vigilância
Recursos Informáticos	Hígia, SAM, SINUS, SAPE, DiabCare, Alert P1	SAM, SINUS, SAPE, Alert P1
Referenciação	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Hospitalar do Porto, EPE: Hospital Geral de Santo António; Hospital central especializado de crianças Maria Pia; Maternidade Júlio Dinis - Hospital de Magalhães Lemos, EPE - Hospital da Prelada - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE - Hospital Joaquim Urbano 	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE: Hospital São Sebastião, EPE; Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis; Hospital Distrital São João da Madeira - Centro Hospitalar do Porto, EPE: Hospital Geral de Santo António - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Componente de formação	<p><u>Formação pré-graduada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Preventiva, 2º ano - Psicologia, 2º ano - Medicina Comunitária, 6º ano - Programa de Contacto Precoce, 2º ao 6º ano <p><u>Formação pós-graduada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Internato Complementar de MGF - Internato Complementar de Pediatria 	<p><u>Formação pré-graduada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Comunitária, 6º ano <p><u>Formação pós-graduada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Internato Complementar de MGF

Nota: CSSJ, Centro de Saúde São João; USF, Unidade de Saúde Familiar; Nº, número; MGF, Medicina Geral e Familiar.

Como evidenciado na Tabela 1, constata-se que não existem diferenças significativas quanto às características apresentadas de ambas as US. Destaca-se o facto de todos os registos clínicos se efectuarem em suporte informático, com recurso a alguns softwares comuns. Por fim, não obstante algumas discrepâncias quanto ao componente de formação, é de referir que o ano de 2010 torna-se pioneiro na formação pós-graduada na USF Calâmbriga.

No que respeita aos recursos humanos, o número de utentes por médico é semelhante em ambas as US (Tabela 2).

Tabela 2: Ratio médico/utentes.

	CSSJ	USF Calâmbriga
Nº de Utentes	20073	12159
Nº de Médicos especialistas em MGF	10	6
Ratio médico/utentes	1/2007	1/2027

Nota: CSSJ, Centro de Saúde São João; USF, Unidade de Saúde Familiar; Nº, número; MGF, Medicina Geral e Familiar.

A caracterização do espaço físico do CSSJ e da USF Calâmbriga encontra-se descrita na Figura 1.

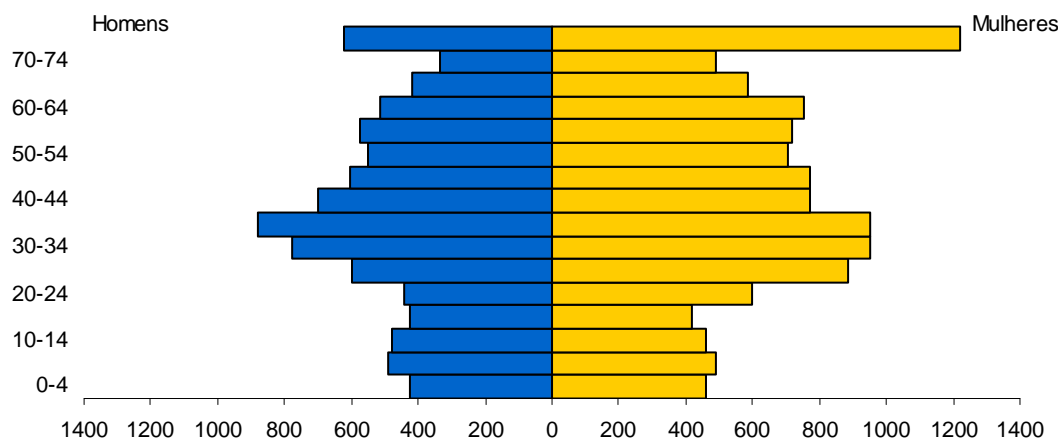
<p>CSSJ</p> <p>Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salas de arquivo e arrumos - Lavandaria - Bar - Back Office - Secretaria <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recepção administrativa principal - WC para utentes de mobilidade reduzida - Duas salas de enfermagem - Sala de espera para enfermagem - Sala de esterilização <p>1º e 2º andares (cada):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recepção administrativa - Quatro gabinetes médicos - Sala de enfermagem - Sala de espera - WC para utentes - WC para funcionários <p>3º andar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dois gabinetes médicos - Sala de espera - WC para funcionários - Gabinete do Director - Sala de Reuniões/Biblioteca 	<p>USF</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recepção administrativa - Back Office - Seis gabinetes médicos - Dois gabinetes de saúde infantil - Um gabinete de planeamento familiar - Um gabinete de saúde materna - Sala de espera principal - Três salas de enfermagem - Duas salas de tratamentos - Sala de espera para enfermagem - Cantinho de amamentação - Sala de amenidades - WC para adultos - WC para utentes com deficiência - WC para crianças/Fraldário - Gabinete do Director - Sala de Reuniões/Biblioteca
--	---

Figura 1: Caracterização dos edifícios das Unidades de Saúde. R/C, rés-do-chão.

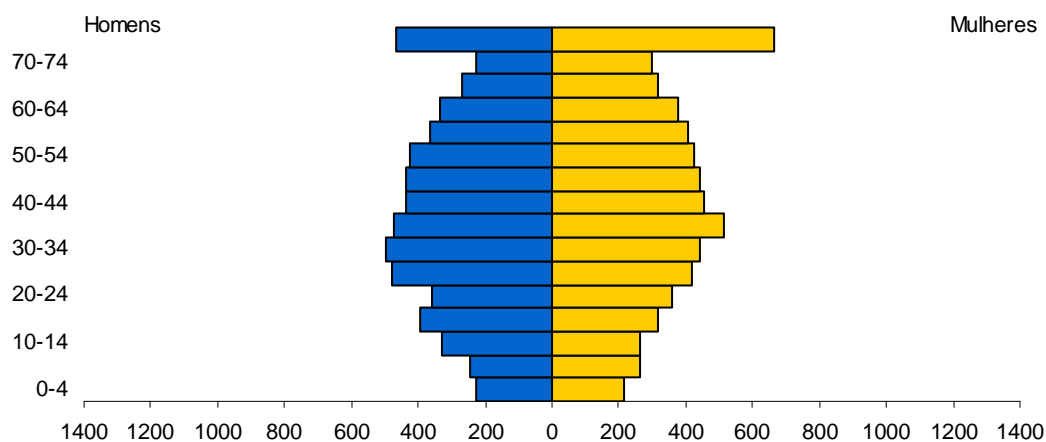
2.3. Estudo demográfico das Unidades de Saúde

A análise comparativa das pirâmides etárias das US (Figura 2) permite constatar que, no que diz respeito ao sexo feminino, a classe etária predominante corresponde à idade igual

ou superior a 75 anos no CSSJ e na USF Calâmbrega. Já para o sexo masculino, predomina a classe etária dos 35 a 39 anos no CSSJ e dos 30 a 34 anos na USF Calâmbrega.



A.



B.

Figura 2: Pirâmides etárias. **A.** População abrangida pelo Centro de Saúde São João. **B.** População abrangida pela Unidade de Saúde Familiar Calâmbrega.

Pelo cálculo do índice de envelhecimento, constata-se que o envelhecimento nas populações abrangidas pelas duas US é mais pronunciado comparativamente ao mesmo valor em Portugal Continental [5]. Para o aumento do índice de envelhecimento na nossa população

tem contribuído a descida da natalidade a par com o aumento da longevidade nos últimos anos [5], factos bem evidenciados nos perfis apresentados pelas pirâmides etárias (Figura 2).

O índice de envelhecimento é superior na população da USF Calâmbrega em comparação com a população do CSSJ (Figura 3).

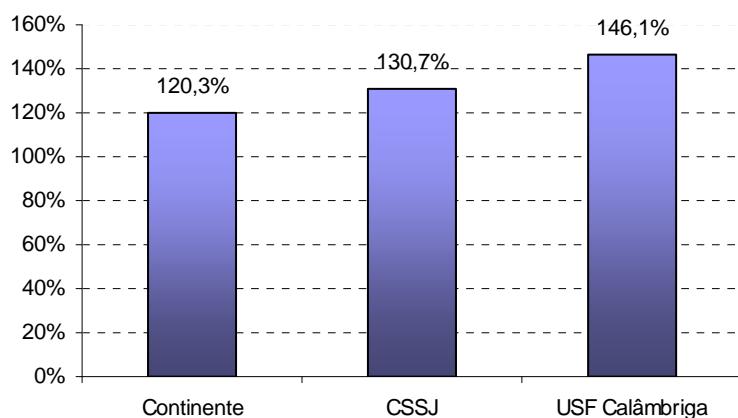


Figura 3: Índice de envelhecimento. CSSJ, Centro de Saúde São João; USF, Unidade de Saúde Familiar.

No que diz respeito à predominância de géneros, o cálculo da Relação de Masculinidade, mostra-nos uma predominância de indivíduos do sexo feminino em ambas as US, tal como se verifica em Portugal Continental [5]. Esta diferença é mais significativa no CSSJ comparativamente à USF Calâmbrega (Figura 4).

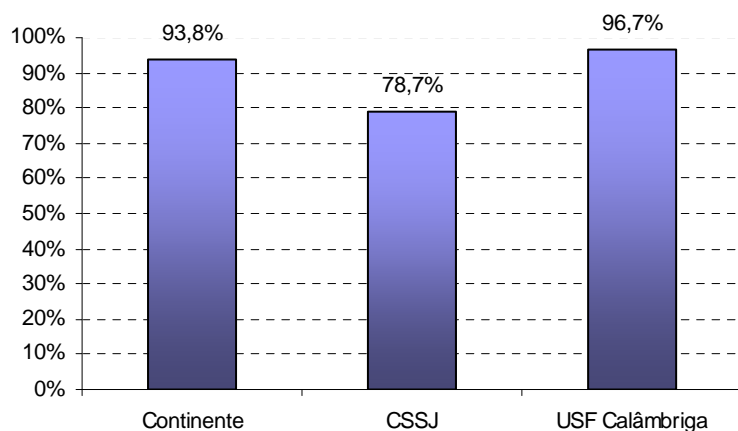


Figura 4: Relação de masculinidade. CSSJ, Centro de Saúde São João; USF, Unidade de Saúde Familiar.

2.4. Descrição das actividades

No apêndice I, encontra-se o cronograma das actividades realizadas no decorrer da residência em MC.

❖ Seminários

Previamente ao início de cada uma das valências frequentadas, rural e urbana, teve lugar um seminário no Departamento de Clínica Geral da FMUP. Os temas abordados, com o propósito de introduzir os alunos à prática clínica no âmbito dos CSP, encontram-se sumariamente descritos na Tabela 3.

Tabela 3: Conteúdos abordados nos seminários.

Seminário	Conteúdos abordados
25/10/10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organização da residência em MC. Planificação dos trabalhos a executar. Bibliografia recomendada. 2. Definição de CSP. Estrutura e funções da equipa de CSP. Relações entre os CSP, os CSS, e outras entidades. Papel dos CSP no diagnóstico precoce e na prevenção secundária. Motivos de consulta e referência em CSP. Epidemiologia e clínica das doenças comuns em CSP. 3. Cuidados na gravidez: diagnóstico e vigilância.
08/11/10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceitos da abrangência da MGF. 2. Prevenção primária, secundária e terciária nos CSP. 3. Programas nacionais de saúde: prevenção e controlo da Diabetes, cuidados paliativos, entre outros. 4. Saúde da Mulher: cuidados de rotina na mulher saudável, planeamento familiar, cuidados pré-concepcionais. 5. Saúde infantil e juvenil. 6. Rastreios: princípios fundamentais. Rastreios em vigor. 7. Comunicação da má notícia. 8. Cuidados paliativos na MGF.

Nota: MC, Medicina Comunitária; CSP, Cuidados de Saúde Primários; CSS, Cuidados de Saúde Secundários; MGF, Medicina Geral e Familiar.

❖ Actividades realizadas

Valência Urbana

Durante a frequência da valência urbana, todas as actividades foram realizadas sob orientação da Dra. Graça Veiga, que exerceu um papel fundamental na aprendizagem no decorrer das duas semanas e integração na dinâmica do Centro de Saúde (CS). Foi sob a sua orientação que surgiu a oportunidade de consolidar conceitos sobre a estrutura e funções da equipa de CSP, a coordenação de cuidados de saúde e a gestão da interface com os CSS e observar a aplicação prática de tantos outros conceitos da abrangência dos CSP.

Durante as consultas presenciadas, foi possível realizar várias vezes o exame físico no contexto de consultas das mais variadas áreas e adquiriram-se aptidões de comunicação, fundamentais ao adequado desempenho clínico. Além disso, pela participação em diferentes tipos de consultas, nomeadamente na consulta aberta, tornou-se possível desenvolver conceitos básicos no âmbito da epidemiologia e clínica das doenças mais comuns em CSP.

A aprendizagem de procedimentos nas salas de enfermagem permitiu a aquisição de conhecimentos e aptidões de ordem prática em áreas tão diversas como a saúde infantil, saúde da mulher e saúde materna, saúde do adulto e do idoso e grupos de risco, tais como hipertensos e diabéticos. Além disso, foi possível presenciar e realizar várias técnicas de enfermagem, como a administração de fármacos e execução de pensos.

Nos dias 28 e 29 de Outubro, decorreram as VII Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar, pelo que os alunos foram encorajados a usufruir do programa científico, a decorrer no Hotel Porto Palácio, no Porto. Os temas abordados, tão actuais como relevantes, incluíram, entre outros, patologia renal e prostática, disfunção erétil e questões da abrangência da sexualidade.

No dia 4 de Novembro, decorreu a visita ao Centro Integrado de Apoio a Deficientes (CIAD). O CIAD inclui actualmente o Instituto de S. Manuel, que tem por missão a defesa e promoção dos direitos do cidadão portador de deficiência visual e multideficiência, segundo a prestação de serviços de apoio que vão desde a infância até à idade adulta. Por inerência à educação dos cegos, a Imprensa Braille nasceu no Instituto de S. Manuel e foi nomeada de "Centro de Professor Albuquerque e Castro".

A interacção com a pessoa portadora de multideficiência, e na maioria destes casos, institucionalizada, apresenta-se como uma realidade diferente daquela com que os alunos se deparam diariamente. Como tal, esta visita, sendo iniciativa pioneira no curso de Medicina, foi uma oportunidade bastante enriquecedora.

Valência Rural

Durante a frequência da valência rural, todas as actividades foram desenvolvidas sob orientação da Dra. Madalena Cubal, que se mostrou desde logo empenhada na integração da aluna na equipa da USF. Sob a sua orientação surgiu a oportunidade de participar em inúmeras tarefas, contribuindo para que a residência fosse concluída com o melhor aproveitamento.

No decurso das duas semanas, foi possível presenciar e realizar várias consultas, em áreas tão diversas como saúde de adultos, vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos), saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e consulta aberta. Além disso, encontrava-se em curso uma convocatória de utentes para consultas de vigilância oncológica, o que proporcionou a oportunidade de colaboração em tarefas de equipa e de envolvimento multidisciplinar.

Durante a primeira semana de residência, foram acompanhadas duas visitas domiciliárias, uma experiência singular, que deve alertar para as dificuldades com que se deparam muitos utentes, quer no que respeita a limitações físicas, quer a limitações de acessibilidade, sobretudo pela falta de meios de transporte.

Ao longo de toda a residência, foi possível seguir de perto o trabalho da equipa de enfermagem, quer pela dinâmica estabelecida nas consultas de planeamento familiar, com a presença de um enfermeiro, quer pelo acompanhamento da prestação destes profissionais nos mais variados procedimentos da sua competência.

Nos dias 12 e 13 de Novembro, decorreram as II Jornadas de Oncologia do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, no Auditório da Biblioteca Municipal em Santa Maria da Feira. A convite da Dra. Madalena Cubal, tornou-se possível assistir ao programa científico, que incluiu temas da maior importância, tais como, cancro da mama, cancro da próstata, cancro ginecológico e cancro colo-rectal. Esta foi mais uma actividade com balanço positivo

pelo carácter formativo, bem como pela aprendizagem do papel dos CSP em áreas tão diversas e específicas como estas.

❖ Trabalhos elaborados

Os trabalhos elaborados durante o estágio profissionalizante em MC (Tabela 4) encontram-se em apêndice.

Tabela 4: Trabalhos elaborados durante a residência em Medicina Comunitária e respectiva valência.

Apêndice	Valência	Tema do trabalho
Apêndice II	Urbana	Panfleto: Doenças Sexualmente Transmissíveis
Apêndice III	Urbana	Reflexão acerca de um caso clínico: O impacto da patologia depressiva na dinâmica familiar
Apêndice IV	Urbana	Registo dos motivos de consulta, diagnósticos, referências para outros Cuidados de Saúde e retornos de CSS, durante um dia de consulta
Apêndice V	Rural	Fluxograma: Algoritmo de diagnóstico e tratamento de Hipertensão essencial
Apêndice VI	Rural	História clínica de um paciente
Apêndice VII	Rural	Registo dos motivos de consulta, diagnósticos, referências para outros Cuidados de Saúde e retornos de CSS, durante um dia de consulta

Nota: CSS, Cuidados de Saúde Secundários.

2.5. Estudo complementar

Com o objectivo de promover o estágio profissionalizante em MC, e em parte devido à possibilidade de contactar com duas populações residentes em zonas distintas e como tal, possivelmente discrepantes com relação a vários factores, elaborou-se um estudo complementar, com o tema “Comportamento sexual e reprodutivo em populações de áreas urbana e rural”. No apêndice IX, é possível a consulta do estudo na sua íntegra.

❖ Introdução

Nas últimas décadas tem-se assistido a um início cada vez mais precoce da actividade sexual [9]. Idades precoces de início da actividade sexual têm sido associadas a um maior número de parceiros sexuais, uma menor frequência da utilização do preservativo, e elevadas taxas de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada [10].

Os objectivos do estudo foram comparar a idade média da coitarca e número de parceiros sexuais entre populações de áreas urbana e rural e comparar a prevalência de adesão a práticas contraceptivas e a escolha de métodos contraceptivos nas mesmas populações.

❖ Métodos

Esta investigação consistiu num estudo observacional transversal. Aplicou-se um questionário a duas amostras de conveniência de utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, que se dirigiram aos serviços administrativos do CSSJ e da USF Calâmbriga, nas datas em que foi frequentada a residência nos respectivos locais. O questionário aplicado é apresentado no apêndice VIII.

As variáveis estudadas foram: Local de residência, Idade, Género, Início da actividade sexual, Idade da coitarca, Número de parceiros sexuais e Método anticoncepcional.

Os dados foram analisados com recurso à versão 18.0 do SPSS.

❖ Resultados

Um total de 127 questionários foi analisado estatisticamente. 55,9% dos participantes residiam em zona urbana e 44,1% em zona rural. A média de idades em ambos os grupos era similar. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as associações entre Local de residência e a variável Género; em meio urbano 31,0% dos indivíduos que responderam ao questionário eram do sexo masculino, enquanto em meio rural, apenas 7,1% eram do sexo masculino ($p=0,001$). A percentagem de participantes que afirmou ter iniciado a actividade sexual era semelhante em ambos os grupos.

Não foram encontradas diferenças significativas quanto à idade média da coitarca entre as duas amostras (18,4 anos em meio urbano, contra 19,2 anos em meio rural). Não obstante, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as associações entre Local de residência e a variável Número de parceiros sexuais. A análise bivariada efectuada separadamente nos géneros feminino e masculino mostrou que em meio urbano 28,9% dos inquiridos do sexo feminino haviam tido três ou mais parceiros sexuais, enquanto que tal facto não foi relatado por nenhuma das participantes em meio rural ($p<0,001$). No que respeitou ao sexo masculino, não foram encontrados resultados com significado estatístico.

De entre os métodos anticoncepcionais mais utilizados, destacaram-se a contracepção hormonal oral (47,4%), seguida da combinação desta com o preservativo masculino (13,8%), da utilização isolada do preservativo masculino (9,5%) e da laqueação tubária (6,0%). A percentagem de utilização de método contraceptivo era significativamente maior em residentes de área urbana comparativamente aos residentes em área rural (92,5% versus 79,6%; $p=0,040$). Não se encontraram diferenças nos dois grupos quanto à utilização do preservativo, como método isolado ou em combinação com contracepção hormonal, ou quanto ao recurso à esterilização cirúrgica como métodos contraceptivos de eleição.

❖ Discussão e Conclusão

Estudos prévios têm documentado que pessoas que residem em áreas rurais tendem a apresentar atitudes e comportamentos mais tradicionais e conservadores em relação à sexualidade, quando comparados com aqueles que residem em áreas urbanas [11]. Por outro lado, a relação cíclica entre condições de vida desfavoráveis, baixos níveis de escolaridade e maiores taxas de fertilidade observadas principalmente nas zonas rurais [12], alerta-nos para a

importância das possíveis desigualdades de acesso ao planeamento familiar e contracepção em comparação com as zonas urbanas.

Não obstante não terem sido encontradas diferenças significativas referentes à idade média da coitarca entre as duas populações estudadas, verificou-se que em meio urbano, a percentagem de participantes que haviam tido três ou mais parceiros sexuais era cerca de vinte vezes superior relativamente aos habitantes de meio rural. A análise estratificada por género permitiu concluir que tais diferenças permaneciam verdade para o sexo feminino. Quanto aos métodos anticoncepcionais mais utilizados, os dados foram concordantes com os apurados no Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 [13]. No entanto, constatou-se que em meio urbano se verificava uma maior prática contraceptiva comparativamente ao meio rural, sendo que estes dados provaram ter significado estatístico. As diferenças encontradas poderão estar relacionadas com a escolha de estilos de vida diferentes. Ainda assim, não devemos esquecer possíveis desigualdades socioeconómicas, discrepâncias na prestação de serviços públicos [12] ou restrição do acesso ao planeamento familiar [14] que podem estar na base destas diferenças.

Neste estudo, constatou-se que o uso do preservativo como método isolado ou em combinação com a contracepção hormonal, não diferia significativamente nas populações urbana e rural. Contudo, se as práticas de contracepção reflectissem a preocupação de ser infectado por uma doença sexualmente transmissível, seria de esperar um paralelismo entre o uso do preservativo e os locais em que as práticas sexuais indicam um maior risco de transmissão.

As diferenças entre regiões realçam a importância da organização de programas de intervenção direccionados para as necessidades específicas de cada comunidade. Ressalta também a absoluta necessidade de os médicos e outros profissionais de saúde conhecerem a sua população de utentes, para que estejam aptos e aproveitem todas as oportunidades com vista à promoção da saúde sexual e reprodutiva junto do utente, manifestando disponibilidade para o esclarecer sempre que solicitado e de forma personalizada.

Este estudo apresenta algumas limitações, mas ainda assim os seus objectivos foram alcançados. Sugere-se que pesquisas futuras se centrem na avaliação de outros factores associados ao meio habitacional que possam influenciar os comportamentos sexuais e reprodutivos das populações, tais como o nível educacional, as condições socioeconómicas e o acesso a serviços públicos de saúde.

3. Conclusão

Com o presente relatório pretende-se descrever sumariamente as actividades realizadas durante o estágio profissionalizante em MC e a forma como este contribui para a formação multidisciplinar no curso de Medicina. De facto, o papel formativo deste estágio no âmbito dos CSP mostra-se de extrema importância não só para a aprendizagem enquanto alunos, mas também no contexto da prática clínica futura, dada a multiplicidade de conceitos e aptidões desenvolvidos.

O método clínico centrado no paciente, a entrevista clínica como instrumento privilegiado de trabalho em MGF, os conhecimentos e confiança gerados pela relação médico-doente que se estabelece ao longo do tempo, a prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente, entre tantas outras particularidades, são as competências nucleares desta especialidade clínica orientada para os cuidados primários, com que foi possível contactar durante o estágio.

Adquiriram-se conhecimentos clínicos e epidemiológicos acerca das patologias mais frequentes, respectivo tratamento e orientação. Tomou-se conhecimento da importância da prevenção, do rastreio, do diagnóstico precoce da doença e da promoção da saúde na MGF. Áreas tão diversas como a saúde mental, saúde da mulher, pediatria e saúde do idoso, repletas de particularidades, foram objecto de estudo e aprendizagem. A reflexão sobre questões éticas levantadas perante cada caso clínico, permitiu o alargar da experiência neste contexto. Por fim, salienta-se o desenvolvimento da capacidade de trabalho autónomo, bem como de trabalho em equipa.

O estudo complementar permitiu concluir que os habitantes de área rural comparados com aqueles de área urbana tendem a ser mais tradicionais e conservadores em relação aos comportamentos sexuais, sobretudo no que respeita ao número de parceiros sexuais. Verificou-se ainda uma menor adesão a práticas contraceptivas em meio rural. Dados como estes servem de ajuda a prestadores de cuidados de saúde, bem como a programas de saúde pública em planeamento familiar, no fornecimento de aconselhamento personalizado para as diferentes populações.

Sugere-se que, em anos futuros, seja permitido aos alunos de Medicina da FMUP, o estabelecimento de um contacto mais prolongado com os CSP dentro dos moldes em que é

permitido na disciplina de MC, no 6º ano, pelo prolongamento da duração da residência desta disciplina no 6º ano, ou mesmo pela frequência de uma disciplina semelhante em anos clínicos prévios. Esta ideia fundamenta-se na importância que os CSP exercem no edifício do sistema de saúde.

Para que deste estágio tenha resultado o melhor aproveitamento, foram de extrema importância a Dra. Graça Veiga, orientadora da residência na valência urbana, bem como a Dra. Madalena Cubal, que orientou as actividades durante a frequência da valência rural.

Em conclusão, considera-se que os objectivos propostos foram alcançados e pretende-se com este relatório demonstrar o empenho aplicado no decorrer do estágio profissionalizante em MC.

4. Bibliografia

- [1] WONCA/OMS. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Barcelona, Espanha: WONCA Europa; 2002.
- [2] Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm. Última consulta em 07/03/2011.
- [3] Chaves C. Cuidados de Saúde Primários e a SIDA. Instituto Politécnico de Viseu 2006; (32):108-15.
- [4] Grande NR. Cuidados de saúde primários pedra angular dos sistemas de saúde. Fórum de Economia da Saúde, Fundação Dr. António Cupertino de Miranda; 2000.
- [5] Instituto Nacional de Estatística, IP. Anuário Estatístico de Portugal 2009. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística; 2010.
- [6] Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio” - breve história do Centro de Saúde S. João. Rev Port Clin Geral 2002; 18:177-86.
- [7] Hespanhol A, Pinto AS. Cinco Anos do Centro de Saúde S. João. “Tubo de ensaio”. Arquivos de Medicina 2005; 19(3):103-111.
- [8] Hespanhol A, Veiga G, Ricou M. Consulta de Psicologia Clínica no Centro de Saúde São João: Assegurar Qualidade na perspectiva de Gestão. Revista Portuguesa de Psicossomática 2005; 7(1/2):59-64.
- [9] Rodrigues V, Carvalho A, Gonçalves A, Carvalho G. Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes. Universidade do Minho, Vila Real 2007 Jun; 3:65-71.
- [10] Barone C, Ickovics JR, Ayers TS, Katz SM, Voyce CK, Weissberg RP. High-risk sexual behavior among young urban students. Fam Plann Perspect 1996; 28:69-74.
- [11] Askun D, Ataca B. Sexuality related attitudes and behaviors of Turkish university students. Arch Sex Behav 2007; 36:741-52.

[12] González *et al.*, Comparison of physical, public and human assets as determinants of socioeconomic inequalities in contraceptive use in Colombia - moving beyond the household wealth index. *International Journal for Equity in Health* 2010; 9:10.

[13] Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006: Ministério da Saúde 2007.

[14] Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2009; 25:S269-78.

Apêndices

Apêndice I	Cronograma das actividades realizadas
Apêndice II	Valência Urbana - Panfleto: Doenças Sexualmente Transmissíveis
Apêndice III	Valência Urbana - Reflexão acerca de um caso clínico: O impacto da patologia depressiva na dinâmica familiar
Apêndice IV	Valência Urbana - Registo dos motivos de consulta, diagnósticos, referências para outros Cuidados de Saúde e retornos de CSS, durante um dia de consulta
Apêndice V	Valência Rural - Fluxograma: Algoritmo de diagnóstico e tratamento de Hipertensão essencial
Apêndice VI	Valência Rural - História clínica de um paciente
Apêndice VII	Valência Rural - Registo dos motivos de consulta, diagnósticos, referências para outros Cuidados de Saúde e retornos de CSS, durante um dia de consulta
Apêndice VIII	Questionário aplicado no estudo complementar
Apêndice IX	Estudo complementar

Apêndice I

Cronograma das actividades realizadas

Tabela 1: Cronograma das actividades realizadas durante a primeira semana de residência em Medicina Comunitária (Valência Urbana).

Data		25/10/10	26/10/10	27/10/10	28/10/10	29/10/10
Actividades	Manhã	Seminário	Consulta	Enfermagem	VII JUNMF	VII JUNMF
	Tarde		Consulta		VII JUNMF	

Nota: VII JUNMF, VII Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar.

Tabela 2: Cronograma das actividades realizadas durante a segunda semana de residência em Medicina Comunitária (Valência Urbana).

Data		01/11/10	02/11/10	03/11/10	04/11/10	05/11/10
Actividades	Manhã	Feriado	Consulta	Enfermagem	Visita ao CIAD	Consulta
	Tarde		Consulta / Registo de Consultas		Consulta	

Nota: CIAD, Centro Integrado de Apoio a Deficientes.

Tabela 3: Cronograma das actividades realizadas durante a terceira semana de residência em Medicina Comunitária (Valência Rural).


Data		08/11/10	09/11/10	10/11/10	11/11/10	12/11/10
Actividades	Manhã	Seminário	Consulta	Consulta	Enfermagem	Consulta
	Tarde		Consulta / Visitas domiciliárias	Consulta	Consulta	II JOCHEDV




Nota: II JOCHEDV, II Jornadas de Oncologia do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga.

Tabela 4: Cronograma das actividades realizadas durante a quarta semana de residência em Medicina Comunitária (Valência Rural).

Data		15/11/10	16/11/10	17/11/10	18/11/10	19/11/10
Actividades	Manhã	Consulta / Colheita de História Clínica	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
	Tarde	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta / Registo de Consultas	Consulta

Valência Urbana - Panfleto: Doenças Sexualmente Transmissíveis

<h3>Como prevenir uma DST?</h3> <ul style="list-style-type: none"> • A abstinência sexual (quando não se tem relações sexuais) é a forma mais eficiente de prevenir qualquer DST. • Deve limitar o número de parceiros sexuais, pois o risco de ter uma DST aumenta com o maior número de parceiros sexuais. • A correcta e regular utilização do preservativo (masculino ou feminino), em todo o tipo de relações sexuais (vaginal, anal ou oral) é fundamental. Outros métodos anticoncepcionais não o/a protegem contra uma DST. • Para algumas DST, a imunização com vacina é útil para reduzir ou prevenir a transmissão da doença. (Ex: vacina contra a Hepatite B e vacina contra o HPV que, como tal, previne o cancro do colo do útero). • Se tiver uma vida sexualmente activa, sobretudo se tiver mais que um parceiro sexual, fale com o seu médico e faça exames regularmente. Quanto mais cedo for diagnosticada uma DST, menor o risco de transmissão para outros e mais vantagens terá no seu tratamento. 	<p>MEDICINA COMUNITÁRIA (PRÁTICA CLÍNICA)</p> <p>Ana Raquel de Oliveira Freitas 6.º ano, Turma 4</p>	<h3>Doenças Sexualmente Transmissíveis</h3> <p>MEDICINA COMUNITÁRIA (PRÁTICA CLÍNICA)</p> <p>Mestrado Integrado em Medicina Ano lectivo 2010/11</p> 
--	--	--

Doenças Sexualmente Transmissíveis		
<h4>O que são?</h4> <p>As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são doenças provocadas por vários tipos de agentes infecciosos, tais como bactérias, vírus, fungos e parasitas, que se transmitem essencialmente pelo contacto sexual, quando um dos parceiros se encontra infectado.</p> <p>As mais conhecidas são: a Gonorreia, o Herpes Genital, a Sífilis, a infecção por Clamídia, a infecção pelo HPV, a Tricomoníase, a infecção VIH/SIDA e a Hepatite B.</p> <h4>Como se transmitem?</h4> <p>As principais vias de transmissão são as relações sexuais vaginais, anais ou orais, pelo contacto com os microrganismos que se encontram nas secreções sexuais (líquido pré-ejaculatório, esperma ou secreções vaginais) ou nas mucosas da vagina, do ânus e do pénis.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Basta uma relação sexual não protegida para a pessoa ser infectada.</p> </div> 	<h4>Sabia que...</h4> <p>Muitas DST são assintomáticas ou permanecem sem dar sintomas durante um período após a infecção, designado de período de incubação, que varia de pessoa para pessoa e de doença para doença. Além disso, certas infecções provocam sintomas apenas na mulher, outras somente no homem.</p> <p>No entanto, a pessoa infectada, mesmo que não apresente sintomas, pode infectar outras pessoas. Portanto, no caso de uma relação considerada de risco é importante recorrer ao médico e fazer exames para descartar uma infecção.</p> <h4>Sinais e Sintomas de alarme:</h4> <ul style="list-style-type: none"> • Corrimento vaginal anormal ou com mau cheiro • Secreções anormais do pénis ou uretra • Comichão, vermelhidão ou sensação de queimadura nos órgãos genitais ou à sua volta • Verrugas, vesículas ou úlceras nos órgãos genitais ou à sua volta • Dor ou ardência ao urinar • Dor na parte inferior do abdómen, sobretudo se persistente • Dor ou sensação de queimadura durante as relações sexuais • Bolhas ou úlceras na boca • Gânglios linfáticos aumentados, sobretudo na virilha • Febre 	<h4>Como proceder?</h4> <p>Ao notar qualquer dos sinais ou sintomas referidos deve suspender a actividade sexual e consultar o seu médico. Se entender necessário, ele recomendará análises sanguíneas ou outros exames específicos de acordo com a suspeita de determinada infecção.</p> <h4>Sobre o tratamento...</h4> <p>É fundamental seguir as recomendações do seu médico quanto ao tratamento e ao período em que este deve ser administrado.</p> <p>É necessária a avaliação pelo médico e o tratamento dos/as parceiros/as envolvidos/as, mesmo que não apresentem qualquer sintoma.</p> <p>Deve evitar qualquer actividade sexual se estiver sob tratamento para uma DST.</p> <h4>Quais as principais complicações?</h4> <ul style="list-style-type: none"> • As DST são a primeira causa de infertilidade potencialmente prevenível. • Aumentam muito o risco de gravidez ectópica (gravidez que ocorre fora da cavidade uterina). • Podem ser causa de cancro (como a infecção pelo HPV na origem do cancro do colo do útero). • Podem aumentar o risco de infecção pelo VIH. • Em última instância, podem conduzir à morte. 

Valência Urbana - Reflexão acerca de um caso clínico: O impacto da patologia depressiva na dinâmica familiar

Reflexão

No dia 26 de Outubro de 2010, no decorrer de uma consulta de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde São João, tive a oportunidade de contactar com um caso clínico que passo a descrever sucintamente e sobre o qual incide a minha reflexão.

Caso clínico:

M. F. M. O. S., 58 anos, sexo feminino, caucasiana, com antecedentes pessoais de cardiomiopatia hipertrófica familiar e distúrbio bipolar, habitualmente medicada para tais patologias.

Como antecedentes familiares destacam-se: um irmão que faleceu em consequência de cardiomiopatia hipertrófica familiar; um filho que é portador de mutação genética responsável pelo desenvolvimento de cardiomiopatia hipertrófica familiar.

Recorreu à consulta com o seu médico de família, no dia 26 de Outubro de 2010, com história de suspensão da terapêutica destinada ao distúrbio bipolar, em Agosto deste ano, altura em que se encontrava de férias no estrangeiro. Negou qualquer alteração do estado de saúde habitual durante um período de 3 semanas, enquanto permaneceu fora do país. Na quarta semana de suspensão terapêutica, altura em que permanecia de férias no Algarve, verificou-se um agravamento sintomático intenso com depressão grave e ideação suicida, o que justificou o transporte da doente de ambulância até ao Hospital de São João. Após o atendimento no Serviço de Urgência, referiu melhoria significativa e valorizou a relação empática que havia estabelecido com o médico responsável pelo seu caso. A doente referiu o cumprimento do plano terapêutico instituído desde então, com melhoria da sintomatologia e com abandono de ideação suicida.

No dia em que recorreu à consulta, era portadora de informação hospitalar referente a intervenção cirúrgica por síndrome do túnel cárpico à esquerda e intervenção cirúrgica devido a Neuroma de Morton e D2 em garra no pé esquerdo.

Após a cuidadosa e completa revisão do caso, a doente foi referenciada para a consulta geral de Psiquiatria no Hospital de Magalhães Lemos.

Discussão:

Como apresentado pelo “*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”, 4ª edição (DSM-IV), o distúrbio bipolar é uma forma de distúrbio do humor, sendo geralmente subdividido em duas categorias: Distúrbio bipolar tipo I, caracterizado por episódios depressivos major e pelo menos um episódio maníaco ou misto, e Distúrbio bipolar tipo II, caracterizado por episódios depressivos major e pelo menos um episódio de hipomania.

Os episódios depressivos são geralmente marcados pela presença de grande inibição, diminuição do interesse, lentidão para conceber e realizar ideias, ansiedade ou tristeza, enquanto na fase maníaca ou hipomaníaca o doente apresenta hiperactividade, sentimentos de grandiosidade e elevação da auto-estima, diminuição das necessidades de sono, agitação psicomotora, entre outros. Distingue-se mania de hipomania pela maior duração do episódio e presença de marcado comprometimento da função social ou ocupacional ou necessidade de admissão hospitalar.

Um episódio misto é definido pela presença de critérios de depressão major e de episódio maníaco no mesmo período de uma semana.

Perante um caso destes, cabe ao médico colher uma história clínica cuidadosa, numa primeira instância com ênfase para a segurança do doente. É necessário aferir quanto à estruturação da ideação suicida, se presente, que pode tornar-se uma ameaça grave à integridade da pessoa. No entanto, outros aspectos devem ser abordados na colheita da história, tais como, antecedentes pessoais de doença, problemas da infância e do desenvolvimento físico ou intelectual, história familiar e social, bem como terapêuticas em curso. A história relativa a episódios prévios de depressão ou mania, geralmente conhecida pelo médico de família, deve ser revista, bem como história de sintomas prévios que podem indiciar doença não previamente diagnosticada.

Deve ser efectuado um exame do estado mental, incluindo função cognitiva, alteração do estado emocional, entre outros. Para tal, o médico pode dispor do auxílio de instrumentos tais como o *Mini-Mental Status Examination*. Pode estar indicada avaliação laboratorial com especial relevância do estudo do hemograma, bioquímica básica e estudo da função tireoideia.

Por outro lado, o médico não pode esquecer o papel da família, pois o trabalho de um Clínico Geral requer um enfoque familiar, ou pelo menos, uma mudança da atenção em direcção aos relacionamentos íntimos. Isto é fundamental já que muitas vezes os problemas de família encontram a sua expressão no comportamento individual. Por outro lado, cada doença tem o seu componente familiar, ou seja, o impacto da saúde abalada cai não somente sobre o indivíduo que apresenta os sintomas, mas também naqueles que vivem com a pessoa doente e que atendem às suas necessidades. O referido enquadra-se em qualquer tipo de doença, mas torna-se particularmente verdade no que respeita a doenças do foro psiquiátrico.

Por fim, dado o carácter geralmente crónico ou recorrente deste tipo de distúrbio, pode caber ao médico um esforço adicional com vista a procurar e manter o doente sob vigilância.

No que respeita à etiologia dos distúrbios depressivos, sabe-se que factores biológicos, psicológicos e sociais contribuem, embora com pesos diferentes em cada caso particular. Como tal, o tratamento de qualquer doente é de três tipos principais: psicológico, usualmente com recurso à palavra falada; físico, por meio do tratamento farmacológico; ambiental, pela alteração das circunstâncias do doente ou de atitudes dos que estão à sua volta.

A primeira finalidade terapêutica deve ser a de garantir a segurança do doente, que pode mesmo exigir a hospitalização voluntária ou involuntária. Na presença de patologias de base, abuso de álcool ou drogas, estas devem ser levadas em conta na terapêutica.

Quanto ao tratamento psicológico, este é particularmente vantajoso em casos moderados de episódios depressivos, sendo que a terapia cognitivo-comportamental e das relações interpessoais deve ser a primeira escolha. Pode ser útil a associação destas com o consumo de antidepressivos.

No que respeita ao tratamento farmacológico, nos distúrbios bipolares em particular, os estabilizadores do humor são os fármacos de eleição, por vezes com necessidade de recorrer ao uso de neurolépticos ou antidepressivos. O lítio é um dos mais efectivos estabilizadores do humor, com propriedades antidepressivas bem como com efeito nos episódios maníacos. A electroconvulsivoterapia permanece como opção eficaz para o tratamento da depressão severa e episódios de mania.

Por fim, tendo em conta as implicações da doença nas relações marital, familiar, laboral e social, a rede de suporte do doente deve ser avaliada com vista a intervenções que resultem em benefício para o próprio e para os que o rodeiam.

Uma das características do distúrbio bipolar é a alternância entre episódios de mania e/ou depressão e períodos assintomáticos. Estes períodos levam a que muitas vezes os doentes interrompam a terapêutica medicamentosa. Este foi também o motivo do episódio depressivo que a doente do caso apresentado experienciou. Apesar da ausência de sintomas nas primeiras três semanas após a suspensão terapêutica, o que poderia levar à falsa interpretação da doente de deter o controlo completo sobre a doença, na 4ª semana, aparentemente sem nenhum outro factor desencadeante, esta desenvolveu um episódio depressivo major com ideação suicida e com necessidade de recorrer de imediato a cuidados médicos.

Aqui expõe-se uma das maiores fragilidades destes doentes. Portanto, é fundamental educar o doente acerca da importância do cumprimento da terapêutica, bem como da necessidade de modificações do estilo de vida, tais como, restrição do uso de álcool, drogas e cafeína, horas de sono suficientes e em horário regular, alimentação equilibrada e actividade física adequada, que resultarão seguramente no prolongamento dos períodos assintomáticos.

Por fim, destaco a importância do papel do médico de família na descoberta das crenças, preocupações e expectativas do doente acerca dos seus problemas, na partilha de informação com o doente de forma perceptível, na partilha do processo de decisão e, sobretudo, no encorajamento do doente para que tome adequada responsabilidade pela sua própria saúde. Assim, será possível desenvolver a compreensão do doente pela sua saúde e influenciar o seu comportamento com vista a estimular um papel activo no processo de decisão e terapêutica.

O referido aplica-se a qualquer problema com que o médico se depara, mas com particular relevância no que respeita a patologia do foro psiquiátrico, tal como se apresenta no caso descrito.

Bibliografia

- Horder J, et al. O Clínico Geral do Futuro. Aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1990.

- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. A Consulta: Uma Abordagem à Aprendizagem e Ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1993.
- Williams P. Problemas de Família. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1994.
- Taylor RB, David AK, Fields SA, Phillips DM, Scherger JE. Family Medicine - Principles and Practice, 6th edition, 2003.

Apêndice IV

Valência Urbana - Registo dos motivos de consulta, diagnósticos, referências para outros Cuidados de Saúde e retornos de CSS, durante um dia de consulta

Colheita de dados a 02/11/2010, das 14h00 às 19h00

Consulta	Identificação Idade Gênero	Motivo(s) da consulta (declarados e ocultos)	Problemas de saúde/ Diagnósticos	Referências para outros CSP ou CSS	Retornos dos CSS	Intervenção do estagiário
Aberta	AE 57 Feminino	Dor e limitação funcional do joelho direito, após traumatismo há alguns dias.	Traumatismo do joelho direito. Antecedentes de patologia osteoarticular.	CSS para avaliação por Ortopedia e eventual prescrição de Ressonância Magnética ao joelho direito.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Aberta	MSLG 32 Feminino	Pedido de renovação de baixa médica por se encontrar a cuidar de um sobrinho com 1 mês de vida.	Problemas da dinâmica familiar.			Observação da consulta.
Aberta	ACM 37 Feminino	Tosse com expectoração esverdeada desde há cerca de 3 semanas. Desde ontem, odinofagia, otalgia à esquerda e nodulação da tireoide com crescimento rápido.	Infecção respiratória aguda do tracto superior. Nódulo/quisto tireoideu com crescimento rápido.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	RMBR 46 Feminino	Pedido de renovação de baixa médica por comorbilidade derivada de úlcera venosa no membro inferior esquerdo.	Hipertensão arterial. Insuficiência venosa periférica.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Diabetes	VMVN 64 Feminino	Vigilância trimestral da Diabetes.	Diabetes Mellitus tipo II. Hipertensão arterial. Glaucoma.	CSS para avaliação por Oftalmologia devido a Glaucoma.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.

Diabetes	MGSB 71 Feminino	Vigilância trimestral da Diabetes.	Diabetes Mellitus tipo II. Hipertensão arterial. Fibrilhação auricular. Patologia osteoarticular. Hipocoagulação.		CSS após avaliação por Oftalmologia: sem lesões de Retinopatia Diabética.	Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	ACP 64 Masculino	Avaliação de exames complementares de diagnóstico (Ecografia vesico-prostática).	Hiperplasia benigna da próstata. Antecedentes de insuficiência venosa periférica.	CSS para avaliação por Urologia devido a valores de PSA elevados e alterações na ecografia vesico-prostática.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	TNL 46 Feminino	Pedido de prescrição de baixa médica devido a sintomatologia depressiva reactiva a problemas laborais, insónias e alterações do humor.	Sintomatologia depressiva reactiva a factores externos.			Observação da consulta.
Adultos	SDAP 28 Feminino	Prescrição de medicação habitual. Sintomatologia depressiva face às expectativas laborais. Diminuição da libido.	Asma. Rinite alérgica. Psoríase. Sintomatologia depressiva reactiva a factores externos.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	FIAP 28 Feminino	Prescrição de medicação habitual. Diminuição da libido. Dispareunia inicial. Intolerância ao exercício físico por dispneia e palpitações.	Asma. Rinite alérgica. Psoríase. Patologia pulmonar (?) em estudo.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos. Planeamento Familiar.	AMSM 33 Feminino	Consulta de revisão periódica. Refere desvalorização da imagem corporal devido ao reduzido tamanho da mama.	Desvalorização da imagem corporal.	CSS para avaliação por Cirurgia Plástica e Reconstructiva devido a desvalorização da imagem corporal por mama pequena.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Planeamento Familiar	ALR 35 Feminino	Refere corrimento vaginal com mau cheiro durante o verão. Pieira frequente.	Asma. Exame ginecológico sugestivo de infecção vaginal de etiologia fúngica.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.

Adultos	RT 38 Masculino	Avaliação de exames complementares de diagnóstico (Estudo analítico; Ecografia vesico-prostática), prescritos por sintomatologia urinária prévia.	Prostatite aguda (?)			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	NT 35 Feminino	Prescrição de estudo analítico de pré-concepção. Prescrição de ácido fólico.	Sem antecedentes patológicos de relevo. Actualmente sem queixas.			Observação da consulta.

Nota: CSP, cuidados de saúde primários; CSS, cuidados de saúde secundários.

Valência Rural - Fluxograma: Algoritmo de diagnóstico e tratamento de Hipertensão essencial

Hipertensão arterial

No decorrer da valência rural da disciplina de Medicina Comunitária (prática clínica), constatei que uma percentagem significativa das consultas que presenciei se destinava à vigilância de doentes hipertensos. Em muitos outros casos, foi possível detectar uma elevação da pressão arterial durante o exame físico de rotina, não previamente documentada.

Como tal, pretendi com este trabalho proceder à sistematização dos critérios clínicos para o diagnóstico de hipertensão arterial essencial, bem como abordar os princípios terapêuticos actualmente em vigor.

Estima-se que a hipertensão arterial afecte cerca de 1 bilião de pessoas em todo o mundo. A relação entre a pressão arterial e o risco de doenças cardiovasculares é contínua, consistente e independente de outros factores de risco. Quanto maior o valor da pressão arterial, maior a probabilidade do indivíduo sofrer de doença arterial coronária, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e doença arterial periférica. Por outro lado, frequentemente, hipertensão associa-se a factores de risco adicionais para doença cardiovascular, e o risco desta aumenta com a carga total dos factores de risco (Tabela 1).

Embora a terapêutica anti-hipertensora claramente reduza o risco das doenças cardiovascular e renal, grande parte da população hipertensa é sub-diagnosticada, não tratada ou tratada de forma inadequada.

Face a esta situação, cabe ao médico assistente colher uma história clínica detalhada e realizar um exame objectivo exaustivo. Desta forma, será possível diagnosticar correctamente uma elevação da pressão arterial, o que condicionará a abordagem posterior do doente.

Após o diagnóstico de hipertensão arterial, é necessário proceder a uma correcta avaliação do doente, que visa sobretudo excluir outros factores de risco cardiovascular, doenças concomitantes, hipertensão de causa secundária (Tabela 2), lesões de órgão-alvo ou doença cardiovascular instalada. Para tal, além do médico se socorrer da história clínica e exame físico, muitas vezes torna-se necessária a execução de exames complementares de diagnóstico (Tabela 3).

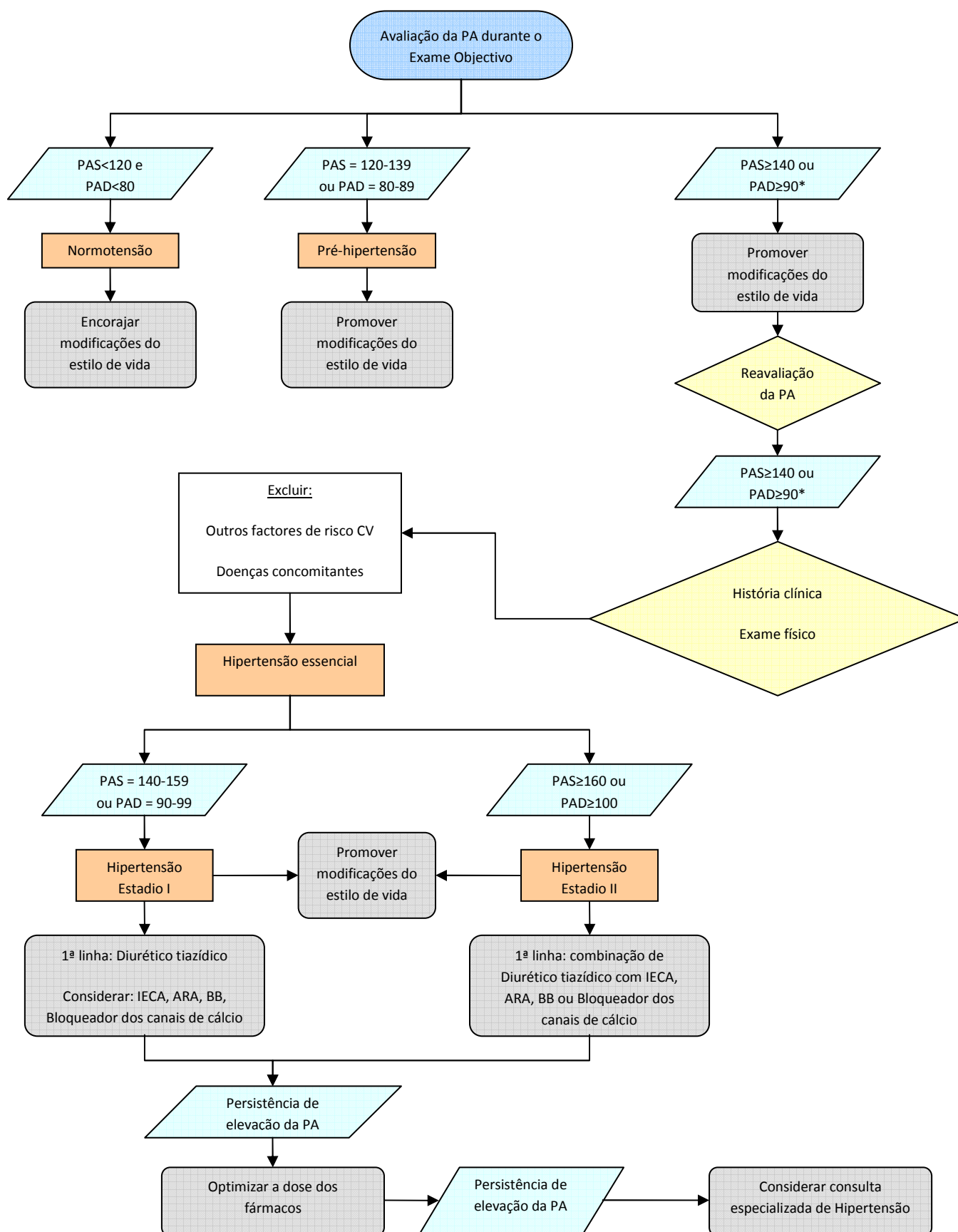


Figura 1: Algoritmo de diagnóstico e tratamento de hipertensão essencial. PA, pressão arterial; PAS, pressão arterial sistólica (em mmHg); PAD, pressão arterial diastólica (em mmHg); CV, cardiovascular; DCV, doença cardiovascular; IECA, inibidor da enzima de conversão da angiotensina; ARA, inibidor do receptor da angiotensina; BB, bloqueador beta. *Média de pelo menos duas aferições da pressão arterial, na posição sentada.

Tabela 1: Factores de risco cardiovascular.

Factores de risco major	Lesões de órgão-alvo
<ul style="list-style-type: none">• Hipertensão• Consumo de tabaco• Obesidade ($IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$)• Ausência de prática de exercício físico• Dislipidemia• Diabetes mellitus• Microalbuminúria ou $TFG < 60 \text{ml/min}$• Idade (homem > 55 anos; mulher > 65 anos)• História familiar de doença cardiovascular precoce (homem < 55 anos; mulher < 65 anos)	<p>Coração:</p> <ul style="list-style-type: none">• HVE• Angina ou EAM prévio• Necessidade de revascularização coronária prévia• IC <p>Cérebro:</p> <ul style="list-style-type: none">• AVC ou AIT isquémico <p>Doença renal crónica</p> <p>Doença arterial periférica</p> <p>Retinopatia</p>

Nota: IMC, índice de massa corporal; TFG, taxa de filtração glomerular; HVE, hipertrofia ventricular esquerda; EAM, enfarte agudo do miocárdio; IC, insuficiência cardíaca; AVC, acidente vascular cerebral; AIT, acidente isquémico transitório.

Tabela 2: Causas de hipertensão secundária.

<ul style="list-style-type: none">• Apneia do sono• Iatrogénica (induzida por fármacos)• Doença renal crónica• Aldesteronismo primário• Doença renovascular• Terapêutica crónica com corticóides• Síndrome de Cushing• Feocromocitoma• Coarctação da aorta• Doença tireoideia ou paratireoideia
--

Tabela 3: Avaliação do doente com hipertensão arterial.

História clínica	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do estilo de vida
Exame físico	<ul style="list-style-type: none">• Medir PA no membro inferior se idade <30 anos• Determinar o IMC• Avaliação cardíaca• Avaliação pulmonar• Auscultação carotídea e femoral• Palpação tireoideia• Fundoscopia• Palpação abdominal• Avaliação das extremidades dos membros• Exame neurológico
Exames complementares de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Hemograma• Glicemia• Perfil lipídico• Estudo da função renal• Níveis de potássio e cálcio no sangue• ECG

Nota: PA, pressão arterial; IMC, índice de massa corporal; ECG, electrocardiograma.

Bibliografia:

- 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension.
- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
- Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo: Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th edition, McGraw-Hill, 2008.

Valência Rural - História clínica de um paciente

História Clínica

Anamnese

Identificação

M.O.G.S., 56 anos, sexo feminino, raça caucasiana, vive em união de facto com o actual companheiro, natural do Porto, residente em Vale de Cambra, aposentada por invalidez.

Data de recolha da informação: 15/11/2010

Local: Unidade de Saúde Familiar Calâmbrega

Fonte da informação: Doente

Fiabilidade da informação: Boa

História médica prévia

Doenças da infância

- Refere ter tido varicela e sarampo.
- Desconhece outras doenças da infância.

Doenças crónicas

- Hipertensão arterial, diagnosticada há cerca de 4 anos; medicada.
- Dislipidemia diagnosticada há cerca de 3 anos; medicada.
- Nega Diabetes Mellitus, patologia cardiovascular ou respiratória.

Doenças anteriores

- Aos 38 anos, foi-lhe diagnosticado um cancro da mama esquerda, pelo que foi submetida a mastectomia radical modificada; posteriormente, realizou tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Na mesma altura, desenvolveu uma depressão reactiva ao problema de saúde.
- Aos 40 anos, na sequência de uma queda da própria altura, sofreu fractura da perna esquerda, tendo que ser submetida a intervenção cirúrgica que não sabe especificar. Nessa altura, refere agravamento da sintomatologia depressiva.
- Aos 52 anos, devido à morte do seu filho mais velho, refere recaída da depressão.

Hospitalizações/Cirurgias

- Aos 38 anos: submetida a mastectomia radical modificada.
- Aos 40 anos: submetida a intervenção cirúrgica da perna esquerda que não sabe especificar.

Traumatismos/Acidentes

- Aos 38 anos, sofreu fractura dos ossos do nariz após agressão física por parte do actual companheiro.
- Aos 40 anos, na sequência de uma queda da própria altura, sofreu fractura da perna esquerda.

Alergias

- Desconhece alergias medicamentosas, alimentares ou outras.

Antecedentes transfusionais

- Nega ter sido submetida a transfusões sanguíneas.

História ginecológica e obstétrica

A menarca ocorreu aos 14 anos; apresentava interlúnios regulares de 30 dias e cataménios de 5 dias. A menopausa ocorreu aos 49 anos, sem intercorrências.

A coitarca ocorreu aos 17 anos. Teve até agora 2 parceiros sexuais, o ex-marido e o actual companheiro.

A doente esteve grávida 3 vezes; todas as gravidezes decorreram sem intercorrências; experienciou 3 partos eutócicos.

Cuidados de saúde habituais

Alimentação: Faz 2 refeições por dia: almoço e jantar. Na sua alimentação consome legumes, preferencialmente carne e pouca fruta. Refere consumo moderado de sal.

Tabaco: Fumadora desde há cerca de 20 anos; UMA=20.

Álcool: Hábitos alcoólicos ligeiros (refere o consumo esporádico com as refeições).

Actividade física: Não pratica exercício físico regular. Tem a seu cargo a lida da casa diariamente.

Drogas: Nunca consumiu.

Medicação habitual:

- Ramipril + hidroclorotiazida (5mg + 25mg, 1 comprimido/dia)
- Sinvastatina (20mg, 1 comprimido/dia)
- Fenofibrato (200mg, 1 comprimido/dia)

Vacinas: Programa Nacional de Vacinação actualizado.

Grau de autonomia/Avaliação funcional:

A doente é autónoma e independente. Não apresenta qualquer limitação no que respeita às actividades de vida diárias ou à mobilidade.

História social e profissional

Escolaridade: 4º ano de escolaridade.

Estrutura familiar: Vive com o actual companheiro e com o filho mais novo.

Habitação: Casa própria com luz, água canalizada e saneamento básico. Não tem animais domésticos.

Profissão actual: Aposentada por invalidez.

Profissões prévias: Empregada fabril; comerciante de fruta; empregada de limpeza; empregada de mesa.

Viagens: Nega viagens recentes.

História médica familiar

Pai: Faleceu aos 83 anos, por motivo que desconhece. Desconhece antecedentes patológicos.

Mãe: 86 anos. Insuficiência cardíaca; encontra-se acamada no domicílio, com necessidade de oxigenoterapia.

3 Irmãos: 65, 61 e 49 anos. O irmão mais velho apresenta patologia cardíaca que a doente não sabe especificar. Nega antecedentes patológicos de relevo relativos aos irmãos mais novos.

2 Irmãs: 63 e 59 anos. A irmã mais velha apresenta patologia cardíaca que não sabe especificar, hipertensão arterial e história de 3 cirurgias abdominais por motivos que não sabe especificar. Nega antecedentes patológicos de relevo relativos à irmã mais nova.

2 Filhos: O filho mais velho faleceu aos 34 anos (em Agosto de 2006) como consequência de infecção VIH/SIDA. O filho mais novo tem actualmente 19 anos e não apresenta antecedentes patológicos de relevo.

1 Filha: 37 anos. Sem antecedentes patológicos de relevo.

2 Netos: Um rapaz com 19 anos e uma rapariga com 11 anos. Ambos sem antecedentes patológicos de relevo.

Companheiro: 53 anos. Patologia gástrica que não sabe especificar. História prévia de alcoolismo.

Biopatografia

Durante a colheita de informação para a biopatografia e para o genograma, a doente mostrou-se colaborante e com facilidade em recordar as datas de todos os acontecimentos.

A biopatografia é representada esquematicamente na figura 1.

M.O.G.S. (que passo a designar MO), nasceu em 1954, no Porto, em Cedofeita. Nessa altura, o pai trabalhava para a Câmara Municipal do Porto como varredor de ruas e a mãe vendia peixe nos mercados. À data do seu nascimento, tinha dois irmãos, com 9 e 5 anos, e duas irmãs, com 7 e 3 anos.

Em 1957, quando tinha 3 anos de idade, os seus pais mudaram de residência, tendo ido viver para a Senhora da Hora. Por esta idade, a doente começa a referir lembranças de maus-tratos físicos e psicológicos à mãe por parte do pai. Algum tempo depois, a sua mãe descobre que o marido mantinha uma relação extra-conjugal com outra mulher que se dizia amiga da família, tendo no entanto suportado essa condição, apesar do agravamento da violência em casa. Por fim, o pai decide sair de casa para viver com a nova companheira, sem nunca ter deixado de fazer visitas periódicas à mulher e filhos, que, segundo a doente, apenas serviam para maltratar a família. No entanto, a mãe voltou a ficar grávida do marido, tendo nascido o seu irmão mais novo em 1961. Esse evento condicionou o término da relação entre os pais por imposição da mãe, tendo persistido os maus-tratos a toda a família, aquando das visitas periódicas do seu pai.

Em 1968, aos 14 anos de idade, MO começou a trabalhar numa fábrica de papel, após ter concluído a 4^a classe. Dois anos depois, conheceu o seu primeiro marido, empregado da mesma indústria, com quem namorou e casou em 1972. Dois dias depois do casamento, teve o seu primeiro filho, prestes a concluir 18 anos de idade.

Logo após o casamento, MO e o marido passaram a viver com a mãe deste, que na altura era viúva.

Em 1973, aos 19 anos, MO volta a ser mãe. O marido encontrava-se na Guerra do Ultramar, pelo que conheceu a sua filha quando esta tinha 1 ano.

Durante cerca de 9 anos e meio, a doente foi vítima de maus-tratos físicos e psicológicos por parte do marido, que se foram agravando com o decorrer do tempo, período que permaneceram em casa da sua sogra. Na tentativa de resolver esta situação, decidiram ir viver sozinhos em 1982; essa mudança condicionou um período de acalmia na relação conjugal, tendo cessado a violência doméstica. No entanto, pouco tempo depois, MO descobre que o marido mantinha uma relação extra-conjugal com outra mulher. Segundo relata, na tentativa de não expor os filhos ao sofrimento da separação dos pais, manteve habitação conjunta com o marido, mas terminou a relação marital.

A relação de MO com a sogra nunca fora próxima e, segundo refere, a sua interferência na vida familiar do filho era causa de discórdia no casal.

Em 1989, aos 35 anos, enquanto trabalhava como empregada de mesa num restaurante, conheceu o actual companheiro, na altura divorciado. Enquanto mantinha uma relação de amizade com ele, o seu marido teve conhecimento do facto e, segundo relata, tomou uma atitude controladora, não deixando que a doente entrasse em contacto com ninguém, nem mesmo com a própria família; além disso, os maus-tratos voltaram a ser prática frequente. Ainda assim, a pedido dos filhos, MO permaneceu algum tempo em casa.

Em 1990, por persistência de maus-tratos, MO decide sair de casa e ir viver com o actual companheiro para Vale de Cambra. Os seus filhos, com 17 e 18 anos, permaneceram com o pai por sua opção. No entanto, pouco tempo depois, o filho mais velho foi viver com a avó paterna, o marido foi para junto da companheira que ainda mantinha nessa data e a filha permaneceu na mesma casa e passou a viver com o namorado.

Em 1991, aos 37 anos, MO tem o seu 3º filho, fruto da actual relação. Aos 38 anos, após agressão física por parte do actual companheiro, a doente sofreu fractura dos ossos do nariz. Apesar de este episódio ter condicionado um período de alguma instabilidade na relação, a doente refere como tendo sido único e ter conseguido superar o trauma psicológico que este lhe provocou, dada sobretudo a reincidência dos maus-tratos. Nessa altura, a doente refere que o companheiro mantinha um consumo exagerado de bebidas alcoólicas, sendo essa também a causa da discórdia entre os dois. No entanto, segundo refere, após este episódio, abandonou o consumo exagerado de álcool.

Pouco tempo depois, foi-lhe diagnosticado um cancro da mama esquerda, pelo que foi submetida a mastectomia radical modificada; de seguida, foi submetida a tratamentos de

quimioterapia e radioterapia. Nesta altura, desenvolveu uma depressão grave que refere como reactiva ao problema de saúde, com necessidade de recorrer a terapêutica antidepressiva.

Em 1994, aos 40 anos de idade, na sequência de uma queda da própria altura, sofreu fractura da perna esquerda, tendo que ser submetida a intervenção cirúrgica que não sabe especificar. Nessa altura, refere agravamento da sintomatologia depressiva, com necessidade de retomar a terapêutica.

Em 2006, o seu filho mais velho, aos 34 anos de idade, morre como consequência de infecção VIH/SIDA. Esta resultou de transmissão devido ao consumo de drogas endovenosas. MO havia tomado conhecimento de que o filho tinha iniciado o consumo de droga quando este tinha aproximadamente 20 anos. Refere ter feito o que estava ao seu alcance para a recuperação do filho, mas que este nunca demonstrou vontade de o fazer até à altura em que descobriu a infecção pelo VIH, cerca de 7 anos antes de falecer, quando parou de consumir drogas por completo. A doente refere nova recaída da depressão face à morte do filho.

A sua filha havia casado aos 18 anos de idade. Teve dois filhos: um rapaz aos 18 anos de idade e uma rapariga com 26 anos. MO refere uma relação próxima com a filha, apesar de não terem contacto pessoal desde há mais de 1 ano. No entanto, contactam frequentemente por telefone. Refere que o motivo do afastamento relativo da filha é o genro, sendo que o descreve como muito conflituoso e não permitindo que haja mais aproximação de ambas. Por outro lado, a ausência de referência dos netos e da relação que mantém com eles, denota um certo afastamento, estando implícito que segundo MO a responsabilidade de tal recai sobre o genro.

Actualmente, MO vive em uma casa arrendada, com o companheiro de longa data e o único filho do casal. A sua relação com o companheiro, segundo refere, é estável e sólida, com uma grande cumplicidade entre os dois que se foi estabelecendo no decorrer dos anos e em parte devido às grandes mudanças que ele se esforçou por fazer.

Apesar de viver em habitação próxima da mãe do seu companheiro e de referir uma boa relação entre ambas, nega contacto próximo.

Quanto ao filho mais novo, MO descreve-o como “o meu tesouro, talvez por ter sido mãe aos 37 anos”. Frequentou o ensino público até aos 18 anos, tendo concluído o 10º ano de

escolaridade, e iniciou a actividade laboral em Agosto de 2010. Diz ser um filho exemplar, humilde e sempre disponível para apoiar a mãe.

MO mantém uma boa relação com os irmãos, apesar de descrever uma relação de maior proximidade com as suas duas irmãs. No entanto, em parte devido a distância, não há contacto frequente além do estabelecido por via telefónica. Destaca-se a relação que mantém com uma cunhada que vive em Vale de Cambra, que descreve como mais próxima por manter contacto pessoal mais frequente.

No que respeita à mãe de MO, actualmente encontra-se acamada, dependente de terceiros e vive com um dos filhos que está divorciado. No entanto, diz que a mãe “ainda hoje sofre e, apesar de ter tido tantos filhos, ainda hoje está sozinha”. Segundo refere, lamenta viver a alguma distância da mãe, que lhe limita o contacto com esta, mas afirma fazer o que está ao seu alcance.

Relações sociais:

Fora do seio familiar, a doente apresenta relações sociais escassas.

A sua vida social extra-familiar restringe-se ao contacto frequente com os profissionais de saúde, nomeadamente com a sua médica de família.

Caracterização da família:

O agregado familiar é composto pela doente, o companheiro e o filho de ambos.

O filho do casal tem 19 anos e é saudável.

O companheiro de MO tem 53 anos. Tem patologia gástrica que não sabe especificar e é medicado para tal com fármaco inibidor da bomba de protões. Além disso, destaca-se história prévia de alcoolismo. É ex-fumador há cerca de 8 anos. Por fim, é descrito como uma pessoa com irritabilidade e alterações do humor frequentes. No entanto, MO valoriza as mudanças que este foi fazendo no decorrer da sua vida.

Tal como referido, a família habita em uma casa arrendada, com luz, água canalizada, e restantes condições de habitabilidade.

Os rendimentos familiares provêm do emprego do marido como trabalhador da construção civil, da pensão social de invalidez da doente e de uma ajuda de 100 euros mensais do filho.

MO passou por acontecimentos de vida dramáticos que implicaram um elevado nível de sofrimento. Após cada uma destas vivências, nota-se uma grande capacidade de reorganização por parte de MO, bem como do actual núcleo familiar do qual faz parte. Como tal, perante os acontecimentos de vida descritos, considero que a doente apresenta um nível de ansiedade normal e com perspectivas favoráveis face ao futuro.

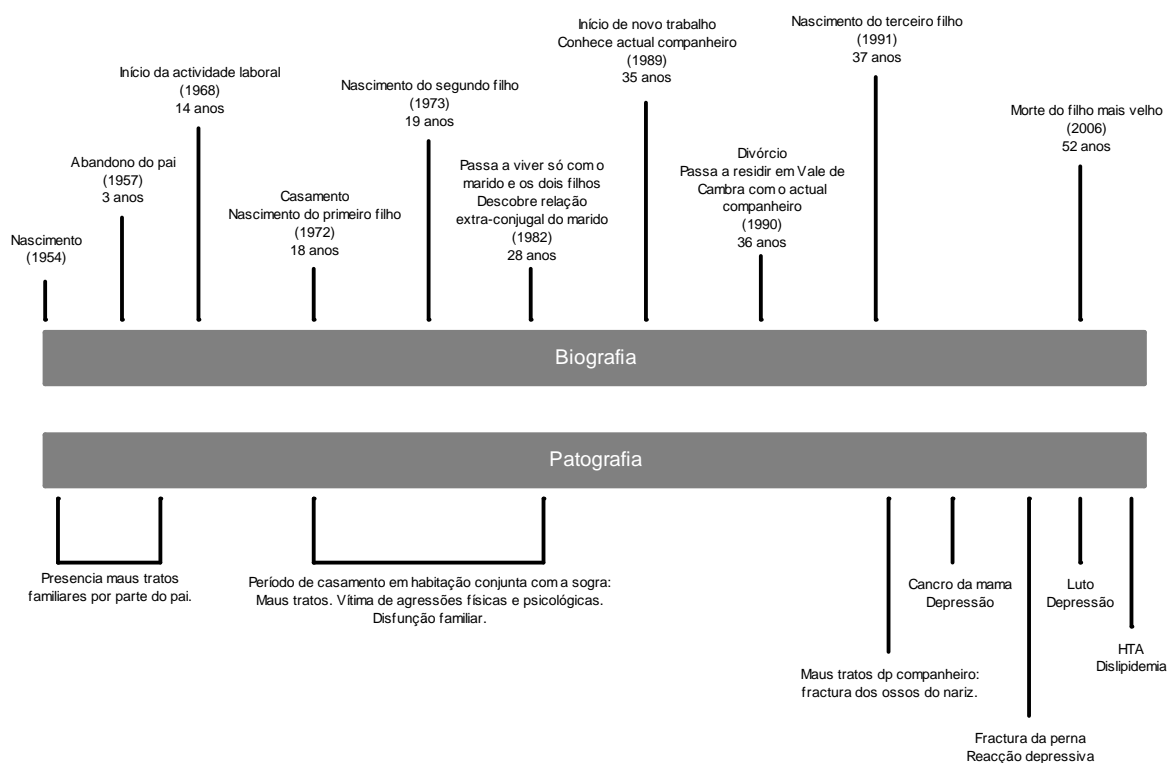


Figura 1: Representação esquemática da Biopatografia.

Genograma

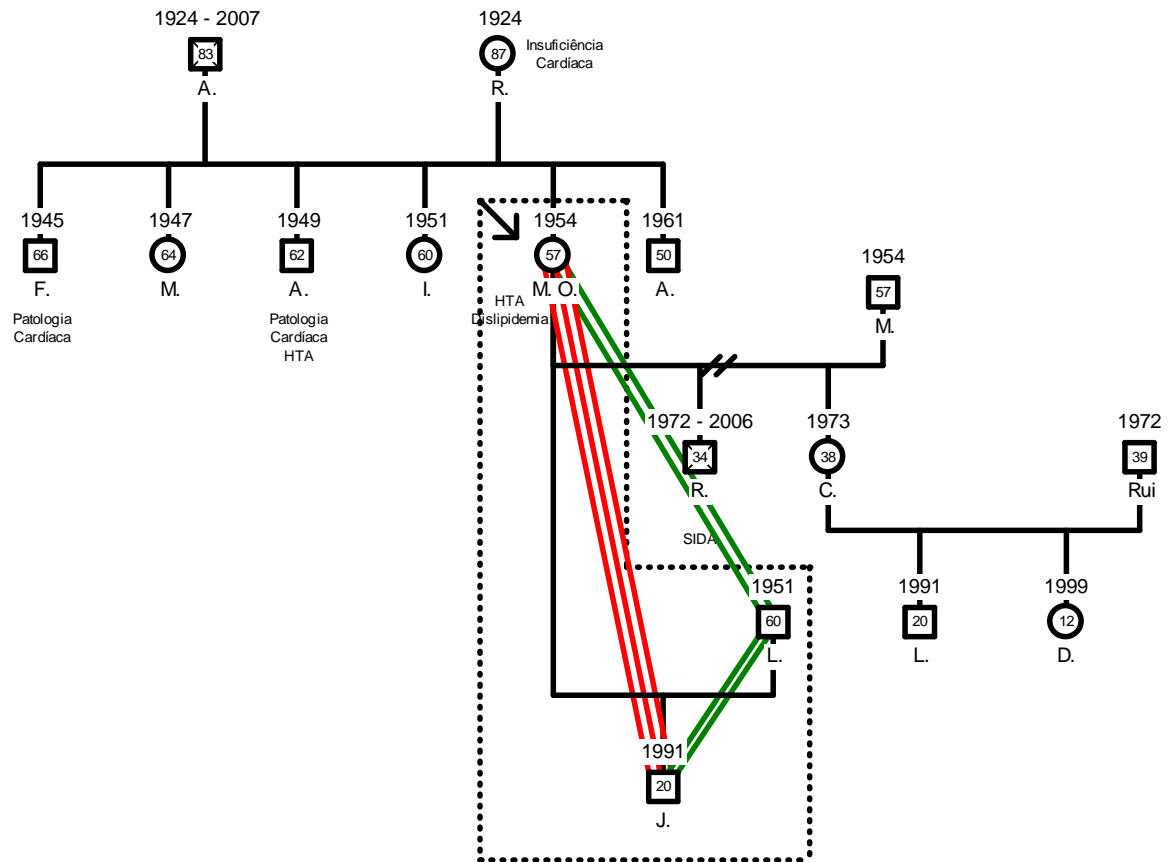
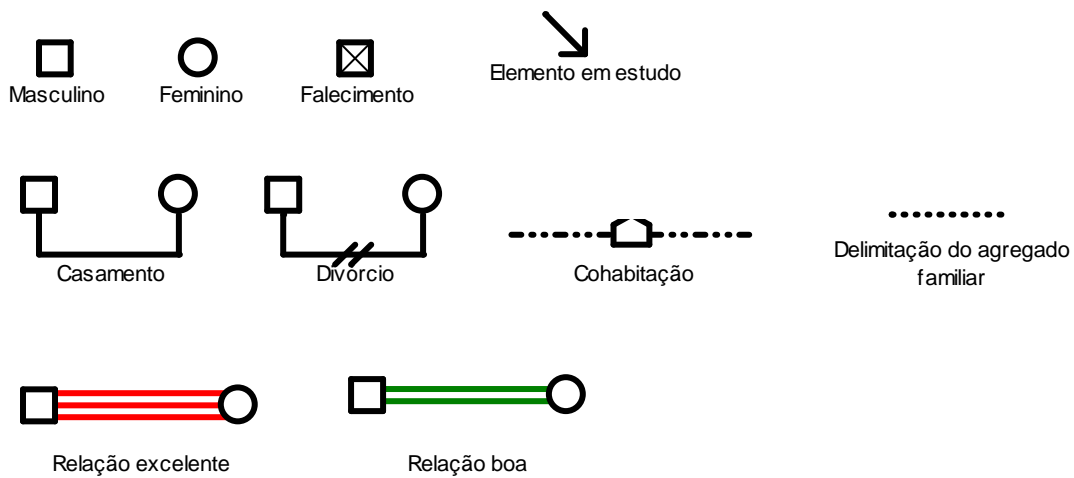


Figura 2: Genograma familiar e Psicofigura de Mitchell.

Legenda:



Ciclo de vida familiar de Duvall

O agregado familiar de MO encontra-se no estadio V (família com filhos adolescentes) do ciclo de vida familiar de Duvall.

Apgar Familiar de Smilkstein

Este instrumento pretende avaliar o modo como o indivíduo sente a sua posição dentro da família num dado momento da vida, avaliando a família como funcional ou disfuncional. A pontuação obtida na sua aplicação foi de 8 pontos num total de 10, o que sugere uma família altamente funcional.

Tabela 1: Aplicação do Apgar familiar de Smilkstein: 8 pontos. Família altamente funcional.

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		X	
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		

Dinâmica familiar de Minuchin

Após a avaliação do elo emocional e do apoio que os elementos do agregado familiar dão entre si, podemos considerar que esta é uma família funcional, ou seja, coesa.

Círculo familiar de Thrower

Para obter esta informação desenhei um círculo grande numa folha de papel e pedi à doente para o imaginar como representativo da sua família. De seguida, pedi para que desenhasse outros círculos que representassem a sua própria pessoa e os diferentes membros da família e, se necessário, outras pessoas ou objectos com importância vital no sistema.

Na Figura 3 encontra-se a representação esquemática do círculo familiar de Thrower.

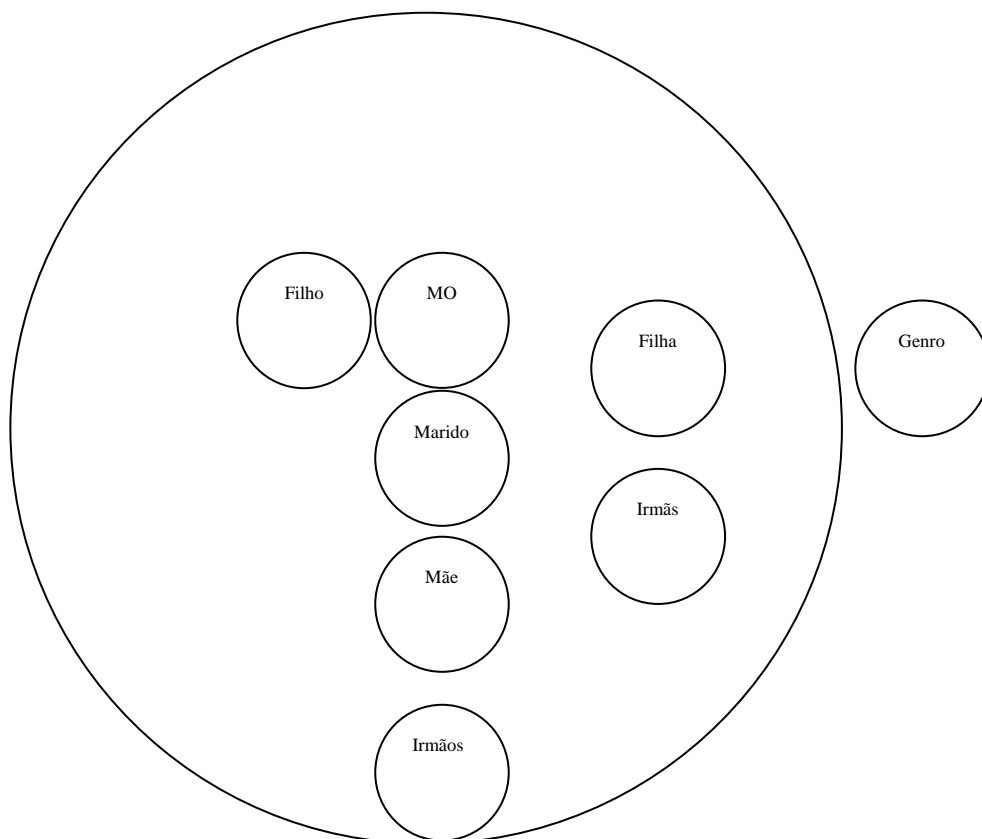


Figura 3: Representação do círculo familiar de Thrower.

Da análise desta representação, ressalta que MO se coloca aproximadamente no centro da família, colocando de forma igualmente próxima o seu marido e filho. Esta é a mesma realidade que se constatou no decorrer da colheita da história, sendo o marido e o filho as duas pessoas com quem mantém uma relação mais próxima.

De seguida, coloca a filha, com quem refere também uma relação de proximidade, não obstante a ausência de proximidade física.

A mãe e as irmãs são colocadas a distâncias equiparadas, o que é compatível com o facto de o contacto com as irmãs ser em parte devido a assuntos relacionados com os problemas da mãe, e de ambos os elementos serem igualmente relevantes para si, dentro do seu sistema familiar.

Os irmãos de MO encontram-se mais distantes. Contudo, não deixa de os representar, o que poderá querer dizer que, apesar da sua relação com eles não ser de proximidade, reconhece-lhes um lugar na família.

Por fim, o genro é representado externamente ao círculo, o que denota a relação conflituosa que mantém com este. No entanto, não deixa de o representar, talvez condicionado pelo elo de ligação que se posiciona no meio dos dois, a filha.

Após a conclusão do desenho pela doente, questionei-a se estava contente com a representação que havia feito da sua família. Além de responder negativamente, justificou que deveria ser de outra forma, com todos os membros unidos. Quando a questionei sobre a quem recorrer se precisasse de ajuda, respondeu, sem hesitar, que seria igualmente ao marido e filho.

Classificação social de Graffar

Tabela 2: Resultado da aplicação da classificação social de Graffar.

Critérios	Pontuação
1-Profissão:	
Trabalhadores manuais ou operários não especializados	5
2-Nível de instrução:	
Ensino primário completo	4
3-Fontes de rendimento familiar:	
Remuneração à tarefa	4
4-Conforto do alojamento:	
Casa modesta em bom estado de conservação	3
5-Aspecto do bairro onde habita:	
Bairro residencial bom	2
Total	18

Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios, conforme apresentado na tabela acima. Permite sobretudo avaliar de forma global a situação sócio-económica da família.

Numa primeira fase, dever-se-á atribuir a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e, numa segunda fase, obter-se-á o escalão que a família ocupa na sociedade com a soma destas pontuações. No total, são 5 classes, sendo que a Classe I expressa o nível sócio-económico mais elevado e a Classe V um nível sócio-económico baixo.

Neste caso, a pontuação obtida foi de 18 pontos, o que se enquadra na Classe IV de Graffar.

Escala de readaptação social de Holmes e Rahe, para unidade de crise

A utilização desta escala permite determinar a probabilidade de um indivíduo vir a desenvolver uma doença psicossomática a partir da valorização de determinadas situações de crise a que um indivíduo ou família estiveram sujeitos.

Na aplicação da escala, constatou-se que MO não vivenciou nenhum dos acontecimentos citados, no último ano, o que se traduz numa probabilidade reduzida de vir a desenvolver uma doença psicossomática.

Consulta de Seguimento

S: MO recorre à consulta com o médico de família a fim de pedir a prescrição de medicação habitual. Além disso, é portadora de estudo analítico do companheiro, que pede que seja analisado pelo médico. Actualmente sem queixas.

O: Estado Geral:

Doente consciente e colaborante, orientada no tempo, espaço e em relação aos outros. Bom estado geral e nutricional. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Acianótica e anictérica. Idade aparente coincidente com a idade real. Sem evidencia de sinais de sofrimento agudo.

Sinais Vitais:

Temperatura: 35,9°C

Frequência cardíaca: 68 bpm.

Frequência Respiratória: 16 cpm.

Pressão Arterial: 138/74 mmHg.

Cabeça:

Crânio de conformação normal, sem dismorfias, assimetrias ou tumefacções visíveis.

Não se palpa deformações, tumefacções ou pontos dolorosos no couro cabeludo. Pulsos temporais palpáveis, simétricos, rítmicos, amplos e regulares; sem dor à palpação ou

tortuosidades palpáveis. Não se palpam adenomegalias occipitais, pré-auriculares, submandibulares nem submentonianas.

Olhos, ouvidos, fossas nasais, cavidade oral e faringe sem alterações de relevo.

Pescoço:

Configuração normal, sem deformidades ou tumefacções visíveis. Mobilidade passiva e activa preservadas. Sem adenomegalias cervicais e supraclaviculares. Traqueia central, indolor e móvel. Tireóide não palpável; ausência de pontos dolorosos ou nódulos palpáveis; presença de mobilidade com os movimentos de deglutição.

Pulsos carotídeos simétricos, rítmicos, regulares e amplos. Sem frémitos ou sopros. Ausência de turgescência venosa jugular ou refluxo hepato-jugular.

Tórax:

Configuração normal, simétrica, sem alteração das relações dos diâmetros antero-posterior/transverso. Ausência de tumefacções visíveis.

Cicatrizes de mastectomia radical modificada à esquerda.

Sistema respiratório:

Respiração torácica, com movimentos respiratórios rítmicos, regulares, aparentemente simétricos, com uma frequência de 16 ciclos/minuto e de amplitude normal.

Tórax com expansibilidade normal e movimentos simétricos. Normal transmissão das vibrações vocais. Ausência de frémitos.

Percussão: ressonância pulmonar bilateral.

Auscultação pulmonar: Sons respiratórios audíveis, bilaterais, simétricos e de intensidade normal, tal como a transmissão dos sons vocais. Ausência de ruídos adventícios e atrito pleural. Relação inspiração/expiração normal.

Sistema Cardiovascular:

Pulsos carotídeos, axilares, braquiais, radiais, femorais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos rítmicos, regulares, amplos e simétricos. Frequência do pulso radial: 68 batimentos/minuto.

Ausência de sopros abdominais.

Ausência de turgescência venosa jugular e refluxo hepato-jugular.

Auscultação cardíaca: S1 e S2 presentes em todos os focos auscultatórios; S3 e S4 ausentes; sem sopros, sons adicionais ou atrito pericárdico audíveis.

Abdômen:

Abdômen não volumoso, sem distensão. Mobilidade normal com os movimentos respiratórios. Ausência de circulação colateral visível. Sem hérnias, tumefacções ou massas visíveis. Cicatriz umbilical de contornos normais e regulares, sem herniação, retracção, escorrência ou sinais inflamatórios.

Ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes abdominais, de intensidade, timbre e frequência normais. Ausência de sopros.

Timpanismo generalizado. Sem dor à percussão. Bordo inferior do fígado ao nível do rebordo costal.

Sem dor ou contractura à palpação superficial ou profunda. Ausência de tumefacções palpáveis ou hérnias. Bordo inferior do fígado não palpável. Bordo inferior do baço não palpável.

Dorso:

Conformação normal. Ausência de tumefacções, desvios do eixo da coluna vertebral ou dor associada aos movimentos de flexão anterior, flexão lateral e extensão.

Ausência de pontos dolorosos à palpação das apófises espinhosas e goteiras paravertebrais.

Membros superiores:

Membros superiores assimétricos, com edema ligeiro do membro superior esquerdo. Ausência de deformidades. Massas musculares simetricamente e normalmente desenvolvidas. Articulações não edemaciadas. Mobilidade activa e passiva preservadas.

Membros inferiores:

Membros inferiores simétricos. Ausência de deformidades e tumefacções visíveis. Massas musculares simetricamente e normalmente desenvolvidas. Articulações não edemaciadas. Mobilidade activa e passiva preservadas. Ausência de veias varicosas ou sinais sugestivos de perturbação da circulação venosa ou arterial.

Sistema neurológico:

Doente lúcido, vigil, com boa orientação no espaço e no tempo e manutenção da atenção e compreensão. Linguagem normal.

Lista de problemas

Problemas activos:

- Hipertensão arterial
- Dislipidemia

Problemas passivos:

- Maus-tratos conjugais
- Luto pelo falecimento do filho mais velho
- Cancro da mama
- Depressão
- Invalidez

Plano

Em relação à doente:

- Consultas de vigilância periódicas para avaliação da hipertensão arterial e dislipidemia.
- Mamografia e ecografia mamária periódicas para avaliação e follow-up.
- Consulta de planeamento familiar anualmente.
- Antecipação e prevenção de um estado depressivo, dada a reincidência da situação. Eventual avaliação por Psicólogo do Centro de Saúde.

Em relação à família:

- Promover o ensino de estilos de vida saudáveis, com adopção de uma alimentação equilibrada, prática de exercício físico regular, entre outros.
- Promover a interacção do filho de MO com o médico de família para um melhor acompanhamento da sua situação física, comportamental e emocional.
- Disponibilizar apoio psicológico ou outro sempre que se justificar.

Terapêutica:

- Manutenção da terapêutica anti-hipertensora em curso (ramipril + hidroclorotiazida 5mg + 25mg, 1 comprimido/dia).
- Manutenção da terapêutica antilipidémica em curso (sinvastatina 20mg, 1 comprimido/dia; fenofibrato 200mg, 1 comprimido/dia).

Comentário pessoal

Pelo que aqui foi descrito e, em parte, pela apreciação global que retirei no decorrer da entrevista, constata-se que MO é uma pessoa que se dedica sobretudo à sua família mais próxima, marido e filho. No entanto, apesar do apoio que vê nestes dois elementos, a quem diz recorrer de imediato se tal for necessário, reafirma que tem por hábito resolver os seus problemas e conflitos interiores sem recorrer a auxílio de terceiros. Este aspecto é confirmado ao analisarmos as situações de crise pelas quais a doente passou, tais como um carcinoma da mama, episódios de depressão e mesmo o luto pelo falecimento do seu filho mais velho. À excepção do apoio que disse ter tido do marido quando lhe foi diagnosticado cancro da mama e no decorrer do tratamento, não houve qualquer outra referência de apoio que envolvesse o marido, o filho ou outro elemento da família em nenhuma destas fases.

Por outro lado, um aspecto que considero relevante discutir é a violência doméstica que, desde criança, tem marcado profundamente a vida de MO. Desde a sua infância, presenciou os maus tratos do pai para com a sua mãe e toda a família, tendo sido ela própria vítima dos mesmos. Durante o seu primeiro casamento, vivenciou uma experiência em tudo

semelhante à da sua mãe, até mesmo no que respeita à traição do cônjuge. Ainda, após reorganizar a sua vida com um novo parceiro, pelo menos um episódio de violência foi descrito como tendo grande impacto, não só do ponto de vista de sequelas físicas mas sobretudo no que respeita ao trauma psicológico, dada a reincidência dos factos.

Casos como este acabam, em boa verdade, por ser relativamente frequentes. Um emaranhado de problemas familiares e sociais que culminam no aparecimento de problemas físicos relacionados ou não com os acontecimentos de vida. Por tudo isto, na abordagem de um doente em clínica geral, um dos factores a ter em conta é a componente familiar.

A família deve ser encarada como um sistema. A doença pode ser uma expressão de problemas no sistema familiar. Por outro lado, qualquer problema que afecte um membro da família, afecta as relações dentro da família como um todo.

Apêndice VII

Valência Rural - Registo dos motivos de consulta, diagnósticos, referências para outros Cuidados de Saúde e retornos de CSS, durante um dia de consulta

Colheita de dados a 18/11/2010, das 14h00 às 19h00


Consulta	Identificação Idade Gênero	Motivo(s) da consulta (declarados e ocultos)	Problemas de saúde/ Diagnósticos	Referências para outros CSP ou CSS	Retornos dos CSS	Intervenção do estagiário
Adultos	JJCB 48 Masculino	Pedido de prescrição de estudo analítico, electrocardiograma e ecocardiograma. Prescrição de medicação habitual.	Hipertensão arterial. Patologia cardíaca em vigilância por cardiologista. Insuficiência venosa periférica.			Observação da consulta.
Adultos	FSSB 79 Feminino	Epigastralgias e náuseas com cerca de 1 mês de evolução, associadas a sialorreia. Prescrição de medicação habitual.	Antecedentes de psoríase. Gastrite crónica? Úlcera péptica? Outra patologia gastro-esofágica?			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	MAA 57 Feminino	Prescrição de medicação habitual. Prescrição de pesquisa de sangue oculto nas fezes.	Osteoporose. Asma alérgica. Depressão neurótica.			Observação da consulta.
Adultos	MADV 45 Feminino	Mal estar inespecífico na orofaringe. Episódios de sensação de asfixia. Insónias com 2 semanas de evolução.	Antecedentes de patologia depressiva. Perturbação de ansiedade.	CSS para avaliação por Otorrinolaringologia devido a mal estar inespecífico na orofaringe.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	EJL 76 Masculino	Avaliação de exames complementares de diagnóstico (RX anca e joelhos; TC crânio). Prescrição de medicação habitual.	Hipertensão arterial. Diabetes Mellitus tipo II. Dislipidemia. Patologia osteoarticular degenerativa (coxartrose bilateral, gonartrose bilateral)	CSS para avaliação por Ortopedia, face ao desejo do doente de ser operado.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.

Aberta	FTB 7 Masculino	Odinalgia e febre com 1 dia de evolução.	Amigdalite aguda.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	CRTFB 64 Feminino	Refere artralguas associadas a parestesias dos membros superiores, bilateralmente. Úlceras aftosas múltiplas com cerca de 2 semanas de evolução.	Patologia osteoarticular.	CSS para avaliação por Cirurgia Maxilo-facial a pedido da doente, por lhe ter sido informada a possibilidade de despiste de patologia maligna da cavidade oral.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	MTPTR 41 Feminino	Avaliação de exames complementares de diagnóstico (Ecografia abdomino-pélvica).	Miomatose uterina, intersticial difusa.			Observação da consulta.
Adultos	MFSCF 55 Feminino	Epigastralguas nocturnas associadas a sialorreia com cerca de 15 dias de evolução. Prescrição de medicação habitual.	Hipertensão arterial. Dislipidemia. Doença do refluxo gastro-esofágico?			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	LCTR 39 Feminino	Prescrição de estudo analítico para vigilância de anemia secundária a menorragia.	Miomatose uterina, em vigilância na consulta de Ginecologia.			Observação da consulta.
Adultos	NGP 40 Feminino	Avaliação de exames complementares de diagnóstico (RX pés bilateral; Ecografia das partes moles dos pés bilateral). Refere dores intensas e incapacitantes nos pés bilateralmente.	Entesopatia: Esporões ao nível da inserção do tendão de aquiles e fásia plantar, bilateralmente.	CSS para avaliação por Ortopedia, devido a entesopatia dos pés bilateral.		Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	CMSB 26 Feminino	Sintomatologia depressiva reactiva a problemas laborais. Cervicobraquialgia esquerda persistente, embora melhorada após tratamentos de fisioterapia. Agravamento de asma.	Asma. Agravamento de patologia depressiva prévia.	CSS para avaliação por Psiquiatria, devido a agravamento de patologia depressiva prévia.	CSS após avaliação por Fisiatria, com referência de melhoria de cervicobraquialgia a esquerda.	Observação da consulta. Realização do exame objectivo.

Adultos	LICM 21 Feminino	Pedido de prescrição de estudo analítico de rotina. Lesões máculo-papulares e pruriginosas em ambas as mãos, que associa à manipulação de agentes químicos de limpeza.	Dermatite de contacto.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	MCTR 55 Feminino	Refere cefaleias hemicraneanas alternadas com cerca de 1 mês de evolução. Pedido de renovação de baixa médica. Prescrição de medicação habitual.	Hipertensão arterial. Gastrite crónica. Anemia crónica. Insuficiência venosa periférica. Cefaleias.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	FTG 53 Feminino	Refere insónia que não responde à terapêutica previamente instituída.	Hipertensão arterial. Insónia.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	MPC 84 Feminino	Prescrição de medicação habitual. Debilitação do estado geral, com progressiva limitação da mobilidade e dependência de terceiros para as actividades de vida diárias.	Patologia osteoarticular. Antecedentes de fractura do colo do fémur. Problemas da dinâmica familiar. Dependência de terceiros para as actividades de vida diárias.			Observação da consulta. Realização do exame objectivo.
Adultos	MNM 67 Feminino	Avaliação de exames complementares de diagnóstico (pesquisa de sangue oculto nas fezes).	Dislipidemia. Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. Pólipo intestinal? Neoplasia colo-rectal?			Observação da consulta.

Nota: CSP, cuidados de saúde primários; CSS, cuidados de saúde secundários.

Questionário aplicado no estudo complementar



Mestrado Integrado em Medicina

Projecto de Opção

Este questionário foi elaborado no âmbito do Projecto de Opção do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Pretende-se estudar alguns indicadores relativos ao comportamento sexual e reprodutivo de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, inseridas em meio rural e urbano. Trata-se de um questionário formulado por questões de escolha múltipla, de rápido preenchimento, anónimo e confidencial.

Obrigada pela colaboração.

1. Idade: _____ Anos

2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

3. Já iniciou a actividade sexual?

☐ Não
☐ Sim (se respondeu sim, preencha os tópicos 3.1., 3.2. e 3.3.)
☐ Não responde

3.1. Com que idade iniciou a actividade sexual?

_____ Anos
☐ Não responde

3.2. Quantos parceiros sexuais teve até agora?

☐ 1
☐ 2
☐ 3 ou mais
☐ Não responde

3.3. Qual o método anticoncepcional utilizado actualmente (pelo próprio e/ou parceiro/a sexual)?

☐ Nenhum
☐ Contraceção hormonal:
 ☐ Oral (Pílula anticoncepcional)
 ☐ Injectável
 ☐ Transdérmica (Adesivo contraceptivo)
 ☐ Implante
 ☐ Anel vaginal
☐ Preservativo masculino
☐ Preservativo feminino
☐ Dispositivo intra-uterino (DIU)
☐ Espermicida
☐ Diafragma
☐ Abstinência periódica:
 ☐ Método do calendário
 ☐ Método das temperaturas basais
 ☐ Método do muco cervical
☐ Contraceção cirúrgica - Laqueação tubária
☐ Contraceção cirúrgica - Vasectomia
☐ Contraceção de emergência
☐ Outro. Qual? _____
☐ Não responde

Projecto de Opção

Estudo complementar

Comportamento sexual e reprodutivo em populações de áreas urbana e rural

Freitas AR, Veiga MG

RESUMO

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas tem-se assistido a um início cada vez mais precoce da actividade sexual. Idades precoces de início da actividade sexual têm sido associadas a um maior número de parceiros sexuais, uma menor frequência da utilização do preservativo, e elevadas taxas de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Os objectivos do estudo foram comparar a idade média da coitarca e número de parceiros sexuais entre populações de áreas urbana e rural e comparar a prevalência de adesão a práticas contraceptivas e a escolha de métodos contraceptivos nas mesmas populações. **MÉTODOS:** Esta investigação consistiu num estudo observacional transversal. Foi aplicado um questionário a duas amostras de conveniência de utentes do Centro de Saúde São João e da Unidade de Saúde Familiar Calâmbrega. As variáveis estudadas foram: Local de residência, Idade, Género, Início da actividade sexual, Idade da coitarca, Número de parceiros sexuais e Método anticoncepcional. **RESULTADOS:** Um total de 127 questionários foi analisado estatisticamente. 55,9% dos participantes eram residentes em área urbana e 44,1% em área rural. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas para as associações entre Local de residência e as variáveis: Género, Número de parceiros sexuais e Método anticoncepcional. **CONCLUSÃO:** Em meio urbano, a percentagem de participantes que haviam tido três ou mais parceiros sexuais era cerca de vinte vezes superior relativamente aos habitantes de meio rural. A análise estratificada por género permitiu concluir que tais diferenças permaneciam verdade para o sexo feminino. Em meio urbano verificou-se maior adesão a práticas contraceptivas comparativamente ao meio rural.

PALAVRAS-CHAVE: comportamento sexual, sexualidade, contracepção, urbano, rural.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se assistido a um início cada vez mais precoce da actividade sexual (18,3% dos jovens portugueses entre os 14 e os 15 anos e 51,0% entre os 16 e os 19 anos já tiveram relações sexuais) [1]. Outro estudo nacional adianta que, em três décadas, a idade média de início da actividade sexual dos homens recuou menos de um ano (de 17,3 para 16,5 anos), enquanto na população feminina, a idade média desceu de 21,2 para 17,2 anos. O mesmo estudo revela que 34,1% dos inquiridos assinalaram ter tido apenas um

único parceiro sexual ao longo da vida, sendo a prevalência feminina cerca de três vezes superior à masculina (52,0% contra 16,1%) [2]. Idades precoces de início da actividade sexual têm sido associadas a um maior número de parceiros sexuais, uma menor frequência da utilização do preservativo e elevadas taxas de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada [3]. Além disso, uma vez estabelecido o comportamento sexual de risco, torna-se difícil de modificar [3]. Em 2005/2006, no Continente, 43,5% das mulheres entre os 15 e 55 anos (ou seus maridos ou companheiros) não utilizavam

qualquer método contraceptivo [4]. A pílula destacou-se como o método contraceptivo mais utilizado (65,9%), seguindo-se o preservativo (13,4%) e o dispositivo intra-uterino (8,8%) [4].

Ao examinarmos os padrões de escolha de métodos contraceptivos adoptados por adultos sexualmente activos, tomamos conhecimento acerca do controle populacional e planeamento familiar, intencionalidade em relação à gravidez e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis [5].

Neste artigo, pretende-se abordar qual o impacto que a área de residência pode ter sobre os comportamentos sexuais da população, e o reflexo que podem ter na prática dos prestadores de cuidados de saúde. Por outro lado, embora a população adulta sexualmente activa em Portugal disponha de uma ampla variedade de métodos contraceptivos entre os quais pode optar, é de todo o interesse tomarmos conhecimento das diferenças, caso existam, na escolha dos mesmos em áreas urbana e rural. Os objectivos do estudo foram comparar a idade média da coitarca e número de parceiros sexuais entre populações de áreas urbana e rural e comparar a prevalência de adesão a práticas contraceptivas e a escolha de métodos contraceptivos nas mesmas populações.

MÉTODOS

Esta investigação consistiu num estudo observacional transversal. Para a recolha dos dados foram obtidas duas amostras de conveniência. Todos os utentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, que se dirigiram aos serviços administrativos nos locais e datas em que se procedeu à recolha dos dados, foram confrontados com a possibilidade de participarem no estudo. Para tal, após terem sido esclarecidos acerca do propósito do estudo e da garantia de privacidade e confidencialidade dos dados, teriam de prestar consentimento informado, oralmente. Posteriormente, era-lhes solicitado o

preenchimento de um questionário que deveriam entregar no mesmo local, no próprio dia ou até ao último dia em que a entrega de questionários decorresse nesse local. Este foi aplicado nos períodos de 25 de Outubro de 2010 a 5 de Novembro de 2010 e de 8 de Novembro de 2010 a 19 de Novembro de 2010, no Centro de Saúde São João e na Unidade de Saúde Familiar Calâmbrega, respectivamente.

O questionário consistia em 6 perguntas, na sua maioria de escolha múltipla, que pretendiam avaliar as variáveis “Idade”, “Género”, “Início da actividade sexual”, “Idade da coitarca”, “Número de parceiros sexuais” e “Método anticoncepcional” especificadas a seguir e que foram objecto de investigação. A variável “Local de residência” foi obtida de acordo com o local em que os questionários foram aplicados. No total, 127 questionários foram preenchidos durante os dois períodos em se procedeu à colheita dos dados. Foram excluídos da análise estatística todos os questionários nos quais não foram respondidas as questões relativas à idade e género do inquirido ou ao início da actividade sexual.

Local de residência

Os participantes foram classificados quanto ao local de residência de acordo com o local em que os questionários foram aplicados. Aos participantes que preencheram o questionário

Tabela 1. Variáveis originais, respectivas categorias e recodificação correspondente.		
Variável	Formato original	Recodificação
Número de parceiros sexuais	1. Um 2. Dois 3. Três ou mais	1. Um ou dois 2. Três ou mais
Método anticoncepcional	1. Nenhum 2. Contracepção hormonal oral 3. Contracepção hormonal injectável 4. Adesivo contraceptivo 5. Implante contraceptivo 6. Anel vaginal 7. Preservativo masculino 8. Preservativo feminino 9. Dispositivo intra-uterino 10. Espermicida 11. Diafragma 12. Abstinência periódica 13. Laqueação tubária 14. Vasectomia 15. Contracepção de emergência 16. Contracepção hormonal oral + preservativo masculino 17. Adesivo contraceptivo + preservativo masculino 18. Anel vaginal + preservativo masculino	1. Sim 2. Não
		1. Nenhum 2. Preservativo 3. Outros
		1. Nenhum 2. Esterilização cirúrgica 3. Outros

no Centro de Saúde São João, localizado no Porto, foi atribuída a designação “Urbano” (residentes em área urbana), enquanto aqueles que o fizeram na Unidade de Saúde Familiar Calâmbrega, localizada em Vale de Cambra, foi atribuída a designação “Rural” (residentes em área rural).

Idade

Os participantes foram questionados quanto à sua idade, para que fosse permitida a caracterização demográfica da amostra.

Género

Os participantes foram classificados quanto ao género, para que fosse permitida a caracterização demográfica da amostra.

Início da actividade sexual

Os participantes foram questionados acerca do início da actividade sexual, sendo as opções de resposta “Sim” (já iniciou a actividade sexual), “Não” e “Não responde” (incluiu os casos em que não foi assinalada nenhuma das opções).

Idade da coitarca

Os participantes que responderam “Sim” quanto ao início da actividade sexual, foram questionados quanto à idade em que iniciaram a actividade sexual. Foi apresentada a opção de resposta “Não responde” (incluiu os casos em que não foi assinalada resposta).

Número de parceiros sexuais

Os participantes que responderam “Sim” quanto ao início da actividade sexual, foram questionados quanto ao número de parceiros sexuais que haviam tido até à data, sendo as opções de resposta “Um” (um parceiro sexual), “Dois” (dois parceiros sexuais), “Três ou mais” (três ou mais parceiros sexuais) e “Não responde” (incluiu os casos em que não foi assinalada nenhuma das opções).

Método anticoncepcional

Os participantes que responderam “Sim” quanto ao início da actividade sexual, foram questionados quanto ao(s) método(s) anticoncepcional(ais) em utilização pelo(a) próprio(a) e/ou parceiro(a) sexual, sendo as opções de resposta “Nenhum” (nenhum método anticoncepcional utilizado), “Contraceção hormonal oral (Pílula

anticoncepcional)”, “Contraceção hormonal injectável”, “Contraceção hormonal transdérmica (Adesivo contraceptivo)”, “Contraceção hormonal – Implante”, “Contraceção hormonal – Anel vaginal”, “Preservativo masculino”, “Preservativo feminino”, “Dispositivo intra-uterino (DIU)”, “Espermicida”, “Diafragma”, “Abstinência periódica – Método do calendário”, “Abstinência periódica – Método das temperaturas basais”, “Abstinência periódica – Método do muco cervical”, “Contraceção cirúrgica – Laqueação tubária”, “Contraceção cirúrgica – Vasectomia”, “Contraceção de emergência”, “Outro. Qual?” e “Não responde” (incluiu os casos em que não foi assinalada nenhuma das opções).

Análise estatística

Os dados foram analisados com recurso à versão 18.0 do SPSS. Foram construídas tabelas de frequências para caracterizar as populações em estudo. Várias tabelas de contingência foram feitas e para cada uma das variáveis categóricas foi aplicado o teste de Qui-Quadrado ou o teste exacto de Fisher, com nível de significância estatística de 0.05. Para as variáveis contínuas foi aplicado o teste de t-student.

Uma análise estatística bivariada foi efectuada separadamente nos géneros feminino e masculino, para determinar a associação entre as variáveis “Número de parceiros sexuais” e “Local de residência”; para tal, procedeu-se à recodificação da primeira variável (Tabela 1). Os dados referentes à variável “Método anticoncepcional” eram demasiado escassos para permitir inferência estatística, pelo que se procedeu à análise descritiva. Posteriormente, os dados foram recodificados de três formas distintas (Tabela 1) para permitir a comparação estatística entre as duas populações quanto ao uso de método contraceptivo e quanto à escolha do preservativo e esterilização cirúrgica como métodos de eleição.

RESULTADOS

De um total de 127 questionários respondidos, nenhum foi excluído da análise estatística uma vez todos terem sido preenchidos nas questões referentes à idade e género do inquirido e ao início da actividade sexual. Do total de questionários analisados, verificou-se que 71 (55,9%) inquiridos eram residentes em área urbana e 56 (44,1%) residentes em área rural.

Da análise estatística inicial (Tabela 2), constatamos que a média de idades em ambos os grupos era similar. No entanto, os dois grupos diferiam quanto ao género, sendo que em meio urbano 31,0% dos indivíduos que responderam ao questionário eram do sexo masculino, enquanto em meio rural, apenas 7,1% eram do sexo masculino ($p=0,001$).

A percentagem de participantes que afirmou ter iniciado a actividade sexual foi semelhante em ambos os grupos em estudo (95,8% em meio urbano e 96,4% em meio rural). Da mesma forma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à idade média da coitarca, embora tenhamos verificado que, na amostra considerada, a idade média de início da actividade sexual em meio urbano foi inferior

comparativamente ao meio rural (18,4 anos contra 19,2 anos).

Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas relativamente ao número de parceiros sexuais entre populações de áreas urbana e rural. No sentido de interpretarmos os resultados tendo em conta as diferenças documentadas quanto ao género dos inquiridos, procedeu-se a uma análise bivariada efectuada separadamente nos géneros feminino e masculino; para tal, a variável “Número de parceiros sexuais” foi recodificada (Tabela 1). Verificou-se que em meio urbano 28,9% dos inquiridos do sexo feminino haviam tido três ou mais parceiros sexuais, enquanto que tal facto não foi relatado por nenhuma das participantes em meio rural ($p<0,001$). No que respeitou ao sexo masculino, em meio urbano 61,9%

relataram ter tido três ou mais parceiros, enquanto em meio rural essa percentagem foi de 25,0%; no entanto, tais resultados não tiveram significado estatístico ($p=0,288$) (Tabela 3).

De entre os métodos anticoncepcionais mais utilizados, destacaram-se a contracepção hormonal oral (47,4%), seguida da combinação desta com o preservativo masculino (13,8%), da utilização isolada do preservativo masculino (9,5%) e da laqueação tubária (6,0%). Na amostra em estudo, nenhum dos inquiridos utilizava contracepção hormonal injectável, preservativo feminino, espermicida, diafragma, abstinência periódica, vasectomia ou contracepção de emergência como método (Tabela 4).

A percentagem de utilização de método contraceptivo foi significativamente maior em residentes de área urbana comparativamente aos residentes de área

rural (92,5% versus 79,6%; $p=0,040$). De entre os que praticavam contracepção, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à

Tabela 2. Comparação das populações urbana e rural quanto às características demográficas e comportamento sexual.

Variável	Total	Urbana	Rural	Valor de p
Idade (n=127)	M (DP) 33,9 (8,5)	M (DP) 33,0 (8,3)	M (DP) 35,0 (8,7)	0,501
Género (n=127)	(%)	(%)	(%)	
Feminino	79,5	69,0	92,9	
Masculino	20,5	31,0	7,1	0,001
Início da actividade sexual (n=127)	(%)	(%)	(%)	0,611
Sim	96,1	95,8	96,4	
Não	3,9	4,2	3,6	
Idade da coitarca (n=107)	M (DP) 18,7 (2,9)	M (DP) 18,4 (2,8)	M (DP) 19,2 (3,0)	0,780
Número de parceiros sexuais (n=115)	(%)	(%)	(%)	0,000
Um	49,6	33,3	71,4	
Dois	27,0	27,3	26,5	
Três ou mais	23,5	39,4	2,0	

Tabela 3. Comparação das populações urbana e rural quanto ao número de parceiros sexuais, estratificada por género.

Número de parceiros sexuais	Total (%)	Urbana (%)	Rural (%)	Valor de p
Género feminino (n=90)				0,000
Um ou dois	85,6	71,1	100	
Três ou mais	14,4	28,9	0,0	
Género masculino (n=25)				0,288
Um ou dois	44,0	38,1	75,0	
Três ou mais	56,0	61,9	25,0	

Tabela 4. Distribuição percentual do método contraceptivo em uso nas populações urbana e rural.

Método contraceptivo (n=116)	Total (%)	Urbana (%)	Rural (%)
Nenhum	12,9	7,5	20,4
Contracepção hormonal oral	47,4	52,2	40,8
Contracepção hormonal injectável	0,0	0,0	0,0
Adesivo contraceptivo	0,9	0,0	2,0
Implante contraceptivo	3,4	3,0	4,1
Anel vaginal	1,7	1,5	2,0
Preservativo masculino	9,5	9,0	10,2
Preservativo feminino	0,0	0,0	0,0
Dispositivo intra-uterino	2,6	4,5	0,0
Espermicida	0,0	0,0	0,0
Diafragma	0,0	0,0	0,0
Abstinência periódica	0,0	0,0	0,0
Laqueação tubária	6,0	4,5	8,2
Vasectomia		0,0	0,0
Contracepção de emergência	0,0	0,0	0,0
Contracepção hormonal oral + preservativo masculino	13,8	16,4	10,2
Adesivo contraceptivo + preservativo masculino	0,9	0,0	2,0
Anel vaginal + preservativo masculino	0,9	1,5	0,0

Tabela 5. Comparação das populações urbana e rural quanto à escolha do método anticoncepcional.

Variável	Total (%)	Urbana (%)	Rural (%)	Valor de p
Método contraceptivo (n=116)				
Sim	87,1	92,5	79,6	0,040
Não	12,9	7,5	20,4	
Uso de preservativo (n=101)				
Sim	28,7	29,0	28,2	0,929
Não	71,3	71,0	71,8	
Esterilização cirúrgica (n=101)				
Sim	6,9	4,8	10,3	0,425
Não	93,1	95,2	89,7	

utilização do preservativo, como método isolado ou em combinação com contracepção hormonal, entre as populações urbana e rural ($p=0,929$). Quanto ao recurso à esterilização cirúrgica também não foram documentadas diferenças nas populações estudadas (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Estudos prévios têm documentado que pessoas que residem em áreas rurais tendem a apresentar atitudes e comportamentos mais tradicionais e conservadores em relação à sexualidade, quando comparados com aqueles que residem em áreas urbanas [6]. Por outro lado, a relação cíclica entre condições de vida desfavoráveis, baixos níveis de escolaridade e maiores taxas de fertilidade, observadas principalmente nas áreas rurais com grave falta de infra-estruturas públicas [7], alerta-nos para a importância das

desigualdades de acesso ao planeamento familiar e contracepção em comparação com as áreas urbanas.

Um dos objectivos principais desta investigação foi o de comparar alguns indicadores relativos ao comportamento sexual entre os habitantes de áreas rurais e aqueles que habitam em áreas urbanas. Nas populações estudadas, não foram encontradas diferenças significativas referentes à idade média da coitarca. No entanto, o mesmo não se mostrou verdade quando comparámos os participantes tendo em conta o número de parceiros sexuais. Verificou-se que, em meio urbano, a percentagem de participantes que haviam tido três ou mais parceiros sexuais era cerca de vinte vezes superior relativamente aos habitantes de meio rural. A análise estratificada por género permitiu concluir que tais diferenças permaneciam verdade para o sexo feminino; embora não tenha sido possível atribuir significância estatística ao resultado referente ao sexo masculino, provavelmente devido ao reduzido tamanho da amostra, devemos ponderar sobre as

diferenças encontradas (61,9% em meio urbano haviam tido três ou mais parceiros sexuais, contra 25,0% em meio rural).

Os resultados deste estudo mostraram que 87,1% dos indivíduos utilizavam algum método anticoncepcional, tratando-se de uma percentagem superior à que foi apresentada a partir do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, referente a indivíduos de faixa etária sobreponível (66,5%) [4]. A contracepção hormonal oral destacou-se como o método contraceptivo mais utilizado, seguindo-se o preservativo em utilização isolada ou combinado com contracepção hormonal, e a laqueação tubária. Estes dados estão parcialmente de acordo com os apurados no Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 [4]. Quanto à análise por local de residência, constatou-se que em meio urbano se verificava uma maior prática contraceptiva comparativamente ao meio rural. Estes dados provaram ter significado estatístico, o que está

de acordo com outros estudos publicados [7, 8]. As diferenças encontradas poderão estar relacionadas com a escolha de estilos de vida diferentes. Mulheres em meio rural optam mais vezes pelo casamento, um maior número de filhos e constituição de famílias mais numerosas [9], o que pode justificar o menor recurso a práticas contraceptivas em idade fértil. Por outro lado, mulheres em meio urbano têm vindo a adiar cada vez mais a maternidade em busca de promoções na carreira profissional, por restrições de tempo ou mesmo por opção. Como tal, será de esperar que se verifique um maior recurso a métodos contraceptivos. No entanto, não devemos esquecer possíveis desigualdades socioeconómicas, discrepâncias na prestação de serviços públicos [7] ou restrição do acesso ao planeamento familiar [10] que podem estar na base de diferenças quanto ao comportamento reprodutivo.

Não seria surpreendente encontrarmos uma maior percentagem de utilização do preservativo em área urbana, o que estaria de acordo com os achados de que também foi em meio urbano que se relatou um maior número de parceiros sexuais entre os participantes, sendo esta prática causa de maior risco de transmissão de VIH e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Se as práticas de contracepção reflectissem a preocupação de ser infectado por uma doença sexualmente transmissível, seria de esperar um paralelismo entre o uso do preservativo e os locais em que as práticas sexuais indicam um maior risco de transmissão.

Por outro lado, um estudo levado a cabo em Portugal demonstrou que, não obstante o conhecimento dos jovens acerca dos meios de transmissão pelo VIH, estes tendem a subestimar o seu próprio risco de serem infectados [11], o que poderá justificar práticas sexuais mais permissivas.

Neste estudo, constatou-se que o uso do preservativo como método isolado era similar nas duas populações. O mesmo não se verificou quanto à utilização do preservativo em combinação com a contracepção hormonal, mais frequente em meio urbano (16,4% contra 10,2%). Contudo, foi feita uma análise estatística sobre a utilização do preservativo, independentemente de esta ser isolada ou em combinação com outro método, uma vez que em ambas as situações está implicada a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Neste caso, não se verificaram diferenças significativas entre as duas populações em estudo ($p < 0,05$).

Por fim, não se encontraram diferenças nas duas populações quanto à esterilização

cirúrgica como método de eleição. Estes dados não são concordantes com outros estudos levados a cabo, em que foi demonstrada uma elevada tendência de habitantes de áreas rurais adoptarem este método, comparativamente a residentes em áreas urbanas [5, 9, 10]. No entanto, devemos ter em conta as diferenças encontradas, mostrando que 10,3% da população rural adere a este método, contra 4,8% da população urbana, que provavelmente falharam em provar significado estatístico devido ao reduzido tamanho da amostra.

Podemos então constatar que as diferentes populações diferem em larga escala quanto aos padrões de comportamento sexual e de práticas contraceptivas e, embora influenciadas por tendências nacionais, podem distanciar-se grandemente destas.

As diferenças entre regiões realçam a importância da organização de programas de intervenção direccionados para as necessidades específicas de cada comunidade. As intervenções que não contemplem estes pressupostos correm o risco de se tornarem pouco efectivas e desajustadas à realidade e normas sociais locais. Ressalta também a absoluta necessidade de os médicos e outros profissionais de saúde conhecerem a sua população de utentes. É necessário que o Médico de Família esteja apto e aproveite todas as oportunidades para promover a saúde sexual e reprodutiva junto do utente, manifestando disponibilidade para o esclarecer sempre que solicitado e de forma personalizada.

Este estudo teve algumas limitações. A primeira diz respeito à representatividade da amostra. Além de se tratar de uma amostra de conveniência, foram incluídos apenas indivíduos que recorreram a duas unidades de Cuidados de Saúde Primários, logo os resultados não podem ser generalizados a toda a população, nem mesmo das áreas em estudo, cujas diferenças podem ser de tal forma pronunciadas que qualquer comparação seria infundada. Além disso, foi inferido o local de residência dos inquiridos (rural ou urbano) a partir do local do estabelecimento de saúde a que os utentes se dirigiram, que não é necessariamente correspondente. Por outro lado, embora o questionário utilizado se tivesse mostrado adequado para a obtenção dos objectivos pretendidos pelo estudo, os resultados devem ser analisados com a cautela que se impõe em presença de um questionário não validado.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações referidas, os objectivos do estudo foram alcançados. Os resultados mostraram que os habitantes de área rural comparados com aqueles de área urbana tendem a ser mais tradicionais e conservadores em relação aos comportamentos sexuais, sobretudo no que respeita ao número de parceiros sexuais. Sugerimos que pesquisas futuras se centrem na avaliação de outros factores associados ao meio habitacional que possam influenciar os comportamentos sexuais, tais como o nível educacional e as condições socioeconómicas. Podemos também verificar uma menor adesão a práticas contraceptivas em meio rural. Ainda, embora o uso do preservativo seja o único meio de protecção contra doenças sexualmente transmissíveis, e se tenham demonstrado diferenças quanto a factores de risco para as mesmas, o uso deste método não diferiu significativamente com a área de residência. Estudos adicionais podem ajudar a determinar as razões na base destas escolhas.

Dados como estes podem ajudar os prestadores de cuidados de saúde, bem como programas de saúde pública em planeamento familiar no fornecimento de aconselhamento personalizado para os diferentes grupos. A qualidade do atendimento em planeamento familiar é fundamental para a conquista dos direitos sociais, ao favorecer a autonomia sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Rodrigues V, Carvalho A, Gonçalves A, Carvalho G. Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes. Universidade do Minho, Vila Real 2007 Jun; 3:65-71.
- [2] Cabral MV, Ferreira PM. Sexualidade em Portugal – comportamentos e riscos. Lisboa: Editora Bizâncio; 2010.
- [3] Barone C, Ickovics JR, Ayers TS, Katz SM, Voyce CK, Weissberg RP. High-risk sexual behavior among young urban students. *Fam Plann Perspect* 1996; 28:69-74.
- [4] Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006: Ministério da Saúde 2007.
- [5] Tobar A, Lutfiyya M, Mabasa Y, Meena H, McGrath C, Brady S, *et al.* Comparison of contraceptive choices of rural and urban US adults aged 18-55 years: an analysis of 2004 behavioral risk factor surveillance survey data. *Rural and Remote Health* 9 (online), 2009: 1186. Available from: <http://www.rrh.org.au>
- [6] Askun D, Ataca B. Sexuality related attitudes and behaviors of Turkish university students. *Arch Sex Behav* 2007; 36:741-52.
- [7] González *et al.*, Comparison of physical, public and human assets as determinants of socioeconomic inequalities in contraceptive use in Colombia - moving beyond the household wealth index. *International Journal for Equity in Health* 2010; 9:10.
- [8] Beutelspacher AN, Rosales DM, Izaba BS, Martelo EZ, Halperin D. Education and nonuse of contraceptives among poor women in Chiapas, Mexico. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25 (3s):132-8.
- [9] Hartlage SA, Breaux C, Gehlert S, Fogg L. Rural and urban Midwestern United States contraception practices. Elsevier Science Inc. 2001; 319-23.
- [10] Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planeamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2009; 25:S269-78.
- [11] Dias SF, Matos MG, Gonçalves AC. Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health* 2005; 15 (3):300-4.